الدليل المختصر

فى

الاضطرابات السيكوسومتى

(الاضطرابات الجسمية النفسية)

دكتور محمد حسن غانم



الدليل المختصر فى :-
الإضطرابات السيكوسو ماتية
(تأصيل نظرى ودراسة ميدانية)

دكتور / محمد حسن غانم



مكتبة الأنجلو المصرية





تليجرام
هنا
سور الأزبكية

مقدمة :

لاحظ الإنسان منذ القدم أن الحالة النفسية / الإنفعالية / العاطفية / الوجدانية إنما تؤثر سلبا أو إيجابا فى الجسد .. ولذا لا عجب أن يطلق الإغريق المقولة الشهيرة التى ما نزال نرددها حتى الآن – وبعد الآن – ألا وهى : العقل السليم فى الجسم السليم .. وأن مسألة (تفتيت) الإنسان إلى أجزاء وجزر منفصلة لم تعد تجدى فى التعامل مع علاج الإضطرابات.

والإضطرابات السيكوسومائية (أى النفسية / الجسدية) تعنى بإختصار أن الفرد لديه العديد من عوامل الإجهاد النفسى – والتى تنعكس بدورها على الجوانب الجسدية .. فتظهر فى صورة مرض مثل : قرحة المعدة، أو الشعور بالغثيان أو حتى (العنه) عند الرجال والبرود الجنسى عند النساء، والإثنى عشر وقرحة القولون والربو الشعبى بل وإرتفاع ضغط الدم، وقصور الشرايين التاجية وغيرها .. وإذا تم التعامل فقط مع (الأعراض – دون الأسباب) لم تحل المشكلة بل تتفاقم ولذا يطلق الأطباء والعلماء والمتخصصون فى الإضطرابات السيكوسوماتية على أصحاب هذه الفئة من الأمراض أنهم : **أصحاب الملفات المنتفخة** حيث أن المرضي من هذه الفئة ينتقلون من طبيب إلى طبيب فيطلب الطبيب – ظنا منه أنه يريد أن يبدأ بداية منطقية وعلمية سليمة – بضرورة إجراء الأشعة والفحوص والتحاليل فينصاع صاحبنا المريض ... ويسارع الطبيب – بعد أن



يلقى نظرة سريعة على الفحوص والتحاليل بوصف الدواء وتحديد الجرعات والتنبيه – إن وجد وقتا لذلك – بضرورة الإلتزام بأخذ الجرعات فى موعدها حتى يسارع المرض إلى التلاشى ويدخل المريض فى حالة الشفاء.

ولكن لا يدخل المريض أبدا فى حالة شفاء ؟ لماذا ؟ لأننا تعاملنا مع (العرض) ولم نتعامل مع (المرض) وطالما أن الأمور سوف تسير هكذا وعلى نفس الخطى والنهج فلن يكتب أبدا الشفاء للمريض.

وهنا تصرخ هذه الفئة من الإضطرابات بضرورة أننا – كأطباء – حين نتعامل مع هذه الأمراض ضرورة أن نأخذ الحالة النفسية فى الإعتبار، بل إننا إذا ركزنا على الحالة النفسية تلاشت الأعراض تدريجيا وإنتهى المرض وذلك لأن مرضي السيكوسوماتى فى أعماقهم إنما يحتاجون إلى مزيد من الرعاية والإهتمام والإنصات والإبتسام وأنهم بإختصار جوعى إلى الحب، والحنان، والرعاية من قبل الآخرين، وحين يفتقد المريض السيكوسوماتى إلى مثل هذه المشاعر فإن أعضاء جسده (تأكل بعضها البعض) أنه يتألم وفى ألمه رسالة للآخرين أن إهتموا بى حتى وإن بدت الصورة غير ما ترون، إمنحونى الحنان والضحك والاهتمام حتى وإن ظهرت أمامكم (مستغنيا) أو (مستعليا) عن ذلك.

ويعبر مصطفى زيور فى كتابه (فى النفس ١٩٨٢) عن التحليل النفسى العميق لمرضي الإضطرابات السيكوسوماتية قائلا : إن أهم ما يميز مرضي قرحة المعدة – كمثال – هو

التنكر لما يصطرع فى أنفسهم من حاجة إلى إلتماس الحب والركون إلى الغير أملين من أن يتلقوا الرعاية والاهتمام من الغير، نراهم يبذلون العطاء، فالحرمان الذى يفرض عليهم – من قبلهم – لا يلبث أن يستثنى وظائف التغذية فتنشط المعدة حيث إفرازها الذى يؤدى إلى إضطراب مزمن (مصطفى زيور، ١٩٨٢، ص ٢٦٥).

وفى المقابل نقول أن المريض السيكوسوماتى لو وجد الرعاية والحب فإن معدته لن تثور وتتمرد وتفرز إفرازات تضر بصاحبها وكأن زيادة الإفـرازات ما هى إلا دموع تسفحها (أو تسكبها) المعدة حزنا على ما آل إليه حالها من وحدة وفراغ وإهمال وعدم إهتمام من قبل الآخر – هذا الآخر الذى سيظل موضوع حب وعداء ورغبة فى الإقتراب منه، ورغبة فى الإبتعاد عنه ... وعلى قدر قدرة الفرد على (حسم) الصراع يكون سواء أو عدم سواء الفرد مع الأخذ فى الإعتبار أن مسألة الصراع تلك ليس لها (موسم محدد) بل الصراع مستمر ما إستمرت حياة الإنسان على سطح الأرض.

فى حين يرى أحمد عكاشة (١٩٩٨) أن أهم ما يميز مصاب قرحة المعدة – كمثال – أنه شخص جسور، ودءوب، يعمل بإتقان، ويتميز بالقدرة على المثابرة، ولكنه لا يعترف بلهفته للسلبية اولإعتمادية مما يسبب له صراعا نفسيا يوقعه فى المرض، كذلك يتميز بالشخصية الفمية فهو قد تثبت فى

نموه ونضوجه على المراحل المبكرة مما جعله يعتمد على الغذاء السلبى ليس فقط من ناحية الطعام بل يحتاج إلى الحب أيضا، ولذا يلاحظ أن مريض قرحة المعدة – كمثال – يتحسن بالطعام وتسوء حالته بالجوع (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٦٧٥).

وذلك لأنه قد إرتبط فى ذهنه من التى تقدم له الطعام؟ إنها الأم ..صاحبة الحضن الحنون، وياحبذا لو كانت الأم تقدم الطعام ممزوجا بالحب والرعاية (مثل الأم التى ترضع طفلها وهى تبتسم فى وجهه أو تناغيه أو حتى تربت على خده– وهي تقدم الطعام له مع الحنان (ألا يقول المثل الشعبى : لاقينى ولا تغدينى) أى أن المقابلة والإهتمام بالشخص لاشك أنها سوف تترك آثارا إيجابية فى جسد وروح وعقل وإنفعال الفرد أكثر بكثير من طعام يقدم وسط مناخ من الحزن والإهمال والوحدة وترك الفرد نهبا للضياع والتشتت والقهر والحرمان.

والا يقول المثل الشعبي أيضا (بصلة المحب خروف) أي أن القيمة ليست في نوعية الطعام حتي وان كان فقيرا في عناصره ولكن في المحب الذي يقدمه، واليد الحنون التي تمنحه، والوجه البشوش الذي يحتويه، ومناخ الاهتمام والحنان الذي يحتويني ويجعلني أشعر كأنني (ملك متوج) أو (كأنني ملكت كل هذا العالم بمن فيه) أبعد هذا الاحساس بالامتلاء يكون هناك متسعا للمعدة أو حتي للعقل أن يسأل

عن (نوعية أو قيمة أو حتي جودة الطعام؟!!!).

في حين يرى البعض أن المريض السيكوسوماتى فى الغالب يتميز بأنه : –

– عصبى .

– شديد التوتر .

– طموح .

– ناجح .

– دائما ما يحاول لفت أنظار الآخرين إليه وإلى نجاحاته.

– واسع الأنشطة الإجتماعية (أى يتحرك مع الناس وبينهم) وليس بعيداً عنهم .

– مكتف بذاته .

– يحب الإعتماد على ذاته .

إلا أن التحليل النفسى العميق يكشف عن أن مثل هذه الشخصيات إنما تتوارى فى الحقيقة خلف هذه الإنجازات، وأن كل ما سبق ذكره من سمات وخصائص يمكن ملاحظتها عند هؤلاء الأشخاص إنما تصرخ وتكشف عن أن الظاهر عكس الباطن تماماً لأنه فى الحقيقة يخفى شعوراً قويا ومدمراً لا يمكن أبدا إنكاره من أنه يعانى من: –

– الوحدة .

– الفرا غ .

– رغبة ملحة فى أن يتواصل إنسانيا مع الناس .

– وأن يرتبط بالناس .



- وأن تهتم به الناس وتتبع أحواله بل وتظهر أهتماما بذلك من خلال سؤاله وتقصي أخباره وأحواله حتي وان بدي فى الظاهر أنه كاره لهذا التدخل فى شؤونه ولكنه فى الحقيقة - الكامنة بداخلها - مسرور وسعيد جدا لهذا الإهتمام والذى يشير إلى أن هناك - فى هذا العالم - من يتذكره، بل ويرفع (سماعة التليفون) ويسأل عنه.

- رغبة فى أن يفوض بعض المهام لهؤلاء الناس حتى يؤدوها نيابة عنه، حتى يشعر بالإمتلاء، والإمتداد، والإندياح، والإندماج مع الآخرين .. هذا الآخر الذى سيظل هو محور (الاقدام - الأحجام) و (الاحجام - الاحجام) و (الاقدام - الاقدام).

لكن مأساة الإنسان السيكوسوماتى أنه لا يحاول ولا يبدى رغباته تلك للناس .. ويكبت مشاعره فى الإحتياج و(الفضفضة) إلي الآخر، وتكون النتيجة الحتمية لهذا الكبت مزيدا من الضغوط على الأعصاب، والأجهزة العضوية وما تفرزه من مواد قد تؤدى إلى إلحاق أضرار جد خطيرة بجميع أجهزة الجسم مع الأخذ فى الإعتبار أن التركيز فقط على (الأعراض) دون الإقتراب من (الأسباب) لن يحل أبدا المشكلة .. بل قد يقود إلى تفاقمها .. حتى تصبح أعضاء جسد هذا الشخص أشبه بفريق من العازفين .. ولكنهم للأسف يعزفون لحنا جنائزيا يسبب الآلام والأحزان ويشيع فى الحضور - أى الشخص قبل الآخر - حالة

من الضياع والتشتت والإكتئاب بل وربما التفكير الجاد في الانتحار خاصة وأن لديه ملفات منتفخة من الفحوص والتحاليل والاشاعات بل (والروشتات) وان هذا الجسد قد (تعاطي) مئات من العقاقير المتنوعة بل وربما المتعارضة وها هو الالام ترفض مبارحته أو الرحيل بعيداً عنه فمتي تنتهي المأساة ويعود سليما كما كان قبل أن يدخل في هذا المعترك الذي يبدو في الافق أنه ليس له نهاية حتي الآن؟.

ولذا فقد جاء هذا الكتيب ليشمل جزءين

الجزء الأول : التأصيل النظرى : ويشمل الفصول الآتية

الفصل الأول : مدخل إلى تاريخ الإضطرابات السيكوسوماتية.

الفصل الثانى : مدخل إلى تعريف الإضطرابات السيكوسوماتية.

الفصل الثالث : العلاقة بين النفس والجسم.

الفصل الرابع : الإنفعالات والإضطرابات السيكوسوماتية.

الفصل الخامس : نماذج من الإضطرابات السيكوسوماتية.

الجزء الميدانى : دراسة ميدانية بعنوان : الإضطرابات السيكوسوماتية وبعض متغيرات الشخصية والعوامل الديموجرافية لدى مرضي السكر من النوع الثانى.

ونرجوا أن نكون قد حاولنا أن نخطى بالعلم خطوات

قليلة فى مجال الفهم الأفضل لهذه النوعية من الإضطرابات.

ولذا فأن هذا الكتيب سيكون جد مفيد لجميع المتخصصين في العلوم الانسانية وخاصة الطب النفسي وعلم النفس وكل من يتعامل مع النفس الانسانية . وكذا سيكون هذا الكتيب مفيد للقاريء المهتم بالمعرفة والجاد في اتخاذ خطوات لفض المجهلة بالنفس الانسانية.

والله من وراء القصد

أ.د / محمد حسن غانم

كتابة أولي : ٢ / ٦ / ٢٠١٤م

قراءة أولي : ١٠ / ٩ / ٢٠١٤م

قراءة ثانية : ٢٦ / ١٢/ ٢٠١٤م

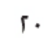


محتويات الكتاب

الجزء الأول
التأصيل النظرى

الفصل الأول
مدخل إلى تاريخ الإضطرابات السيكوسوماتية

محتويات الفصل



الفصل الأول

مدخل إلى تاريخ الإضطرابات السيكوسوماتية

مقدمة :-

لعل الإضطرابات السيكوسومائية يعبر عنها حديث الرسول - صلى الله عليه وسلم - "مثل المؤمنين فى توادهم وتراحمهم كمثل الجسد الواحد إذا إشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى" ومعنى ذلك أن الجسد - رغم تعدد أعضاءه - إلا أنه يعمل مثل (الفريق الموسيقى) هارمونى وأن الإرتفاع فى (النغمة) هنا يقابله هدوء فى نغمه أخرى وهكذا.

لكن هذه العلاقة بين النفس والجسم لم تكتشف مثلا منذ وجود الإنسان على سطح الأرض ولكن تم إكتشاف العلاقة بعد أن تراكمت العديد من الملاحظات حول هذا الأمر.

وقبل أن نخوض فى غمار الآراء التى أكدت ولاحظت العلاقة بين النفس والجسم يجب أن نشير أولا إلى : -

* إن كلمة سيكوسوماتك Psychossmatic كلمة إغريقية تتكون من شقين أو مقطعين هما Psycho بمعنى النفس، و Soma وتعنى الجسد أى العلاقة الوثيقة بين النفس والجسم مع الأخذ فى الإعتبار أن هذه العلاقة كانت - ومازالت وستظل - مثار إهتمام العلماء والباحثين والبشر فى كل الأعمار والأماكن.

(Kaplan & Sadock, 1981, p. 590)

تاريخ الإهتمام بالإضطرابات السيكوسوماتية : -

* لو تتبعنا التاريخ الذى تم فيه الإشارة أو ملاحظة العلاقة بين النفس والجسد فإن المؤرخون يتفقون على الأمور الآتية : -

* يعد **جورج بيكر** (١٧٥٥)أول من أشار إلى العلاقة بين الجسم والنفس وذلك خلال محاضرة له ألقاها فى جامعة (كمبريدج) حيث ذكر - من خلال الأدلة والملاحظات- عن وجود إرتباط بين صحة الفرد العقلية (التفكير والتصور والتخيل) وبين حالة الجسم.

* فى عام ١٨١٨ قدم **هينروث** Heinroth مصطلح سيكوسوماتك Psychosomatic حيث لاحظ أن إنفعالات الفرد الحادة تؤثر تأثيرا ضارا فى حالة الجسم .. عكس حال الفرد حين تكون إنفعالاته هادئة وتتسم بالتفاعل والهدوء.

* فى عام ١٩٣١ وصف **Thachrah** التأثير الضار للضغوط Stress على حالة الفرد الجسمية والعقلية. ذلك لأن الضغط يمثل قوة عاتية قد تجعل الفرد يشعر (بالعجز) وعدم القدرة على (المواجهة) مما يجعل فكره منشغلا وقلقا ومتوترا وربما متشائما وكل هذه الإنفعالات تنعكس سلبا على الجسم والعقل، ذلك لأن القلق والتوتر (يبدد) طاقة الفرد فيجعله يشعر بالإعياء والتمزق مما يجعله عاجزا عن القيام بأى عمل، أو حتى الدخول فى علاقة إنسانية طيبة (سواء مع نفسه أو مع الآخر).

(Sandersd, 1996)

وإذا كان ما سبق يعد بداية التاريخ العلمى للإهتمام بالإضطرابات السيكوسوماتية إلا أن تاريخ الإنسانية حافل بالآراء والإجتهادات التى حاولت أن تسبر أغوار هذه الظاهرة وتؤكد عليها. وسوف نستعرض فى عجالة لبعض من هذه الإجتهادات.

فى المجتمعات البدائية : كان إذا حدث وإختل سلوك إنسان وأصبح (يضحك) بلا سبب أو (يبكى بلا سبب) أو يأتى بتصرفات غريبة فكان يتم (رد ذلك) إلى أرواح شريرة قد تلبست الفرد أو أن (غضبا من الآلة) قد (حل) بالفرد فقام بمثل ما يقوم به الآن من سلوكيات (شاذة وغريبة) .. وبما أن (التفسير بالعلل) غريب فكان أيضا الأساليب العلاجية فى هذا الشأن جد غريبة. إذ وجدت (الحفريات) جماجم مثقوبة .. وكان يتم ثقب الجماجم للأفراد وهم أحياء .. لماذا؟ حتى يتم إخراج (الجان والأرواح الشريرة) التى تلبستهم .. ثم جاء فى مرحلة أخرى فإعتقدوا أنه مع ثقب الجمجمة بهدف إخراج الجان فإن (الجان) من الممكن أن يقفز من الشخص الذى كان يتلبسه إلى شخص آخر كان يحاول علاجه .. ولذا جاءت الفكرة بضرورة أن (يقوموا) بحرق الشخص وضربه حتى يخرج الجان الذى تلبسه أو أن (الجان) بعد (الطريحة المحترمة من الضرب) فإنه لن يكون قادرا على إختراق (جمجمة وعقل شخص آخر) (وللأسف ما نزال حتى الآن نقرأ في صفحة الحوادث في الجرائد السيارة عن أشخاص قد لقوا حتفهم على يد معالجين شعبيين قد قاموا

بضرب ضحاياهم والهدف ليس إيذاء الشخص (الذى لقى حتفه بالفعل) بل كان المعالج (والدجال - سمه ما شئت المهم النتائج) يعذب ويريد إخراج الجن الذى تلبس الشخص فلقى الشخص مصرعه وهو - أى المعالج - لم يك يقصد ذلك.

ثم جاءت فكرة خيالية بعد ذلك - وهي فكرة سفينة المجانين والتى كانت تهدف إلى وضع كل من إختل عقله أو أضطربت نفسه أو شاذ فكره فى سفينة ثم يتم (إبعاد) أو (إبحار) السفينة بعيدا عن الشاطئ حتى إذا تعمقت السفينة فى اليم فإن هؤلاء الأفراد يلقون حتفهم مع الجدير بالذكر أنه ظل لفترة طويلة يسيطر على الفكر الإنسانى (فكرة) أن البحار، والمحيطات مسكونة بالأرواح، والأشباح، والجان والكائنات الغامضة ولعل مصطلح (بحر الظلمات) خير معبر عن ذلك، بل لو تعمقنا قليلا فى تاريخنا المصرى مثلا سنجد (عروس النيل) حيث كان يتم إختيار فتاة جميلة ثم إلقاءها فى اليم - أو النيل - حتى يتجنب المصريون غضب البحر من ثورة وتمرد وإغراق كل ما يعد حى سواء نبات أو إنسان أو حتى إغراق المنازل وهدم الجسور، ومن الغريب أن الإسلام حين دخل إلى مصر.، وجدنا سيدنا عمر بن الخطاب قد أقر هذه العادة (المصرية الأصيلة والتى ليس لها نظير فى العالم أجمع) في هذا الوقت تحديدا.

(أنظر فى هذا الصدد : محمد حسن غانم، ٢٠٠٨، محمد حسن غانم ٢٠١٠، Rees, 1983).

* **المحطة الثانية** : أنه فى عام ٤٠٠ ق.م تقريبا كـان

هيبو قراط Hippocrats أبو الطب قد إستطاع أن يشفى ملك مقدونيا (برديكاس) من مرضه الجسمى .. حيث كان يعانى من إختلال وإجهاد وإضطراب جسمى، وتشتت عقلى يمنعه من إدارة (مملكته) على خير وجه. وحين تم إستدعاء (هيبو قراط) وبعد محادثة وحوار توصل إلى حقيقة خلاصتها أن (برديكاس) تنتابه كوابيس إبان نومه . وأن هذه الكوابيس تثير إنفعالاته الحادة والعنيفة والسيئة .. ولذا فقد فطن – أبو الطب هيبو قراط – إلى ضرورة أن يقوم (بفك ألغاز هذه الكوابيس أو الأحلام) مستبصرا بوعيه الثاقب عن وجود علاقة بين هذه (الكوابيس) وهذه الحالة الجسمية المرهقة والعليلة .. وبالفعل بعد تحليل لهذه الكوابيس وفض (غموضها) عاد (برديكاس) إلى حالته الأولى من النشاط والتركيز والإنتباه.

وما سبق يكشف – وبوعى ثاقب – حقيقة العلاقة بين النفس والجسم وطبيعة العلاقة بينهما.

* أيضا لا ننسى إسهامات أبو الفلسفة سقراط ذلك الذى كان يناقش الأفراد ويدعى الجهل حتى يولد الأفكار لدى الأفراد (أشبه ما يكون الان بالعصف الذهنى) حتى يساهم فى (بلورة الفكر فينعكس ذلك إيجابا على الجسم.

* كما ذهب أرسطو إلى أن الإنفعالات تلعب دورا لا يمكن إنكاره على حالة الفرد الجسمية. وأفاض فى شرح تأثير إنفعالات الغضب والخوف (كنماذج لإنفعالات سيئة) والفرح والسرور (كإنفعالات إيجابية) مؤكدا على حقيقة خلاصتها

أن كل وأي إنفعال يحدث تغييرات فى (كيمياء) الجسم مما ينعكس - فى نهاية الأمر سلباً أو إيجاباً - على جسم الفرد - وسوف نفرد لاحقا فصل لتناول أثر الإنفعالات فى الجسم بل وإمكانية الإصابة بالعديد من الأمراض والإضطرابات الجسمية المزمنة مثل الإصابة بالسكرى أو القلب .. الخ (يوسف كرم، ١٩٥٨، ١٥٣).

* وتتواصل المسيرة ليظهر فى القرن الثانى الميلادى نظرية **جالينوس** وهى النظرية المعروفة بنظرية (الروح الحيوانى) والتى فسرت بمقتضاها الظواهر الحيوية فى الجسم الإنسانى والصلة بينهما، وبين بعض الظواهر النفسية والتى ظل معمولا بها مع قليل من التحوير حتى القرن الثامن عشر، وفى هذه النظرية تعتبر الأعصاب أنابيب دقيقة التركيب متصلة مباشرة بالأوعية الدموية الشعرية بحيث لا يصل من ذرات الدم إلا أكثرها حرارة وحركة ولطافة، ومن هذه الذرات الدموية الشديدة الحركة، والحرارة، واللطافة يتألف الروح الحيوانى. ولقد وضح تأثير هذه النظرية الفسيولوجية فى الإنتباه والتى وضعها بلانتر Blanter عام ١٧٧٢.

(محمود السيد أبو النيل، ١٩٩٤، ص ١٢٠).

* وظهرت بعد نظرية الروح الحيوانى فى تفسير العلاقة بين النفس والجسم نظرية أخرى هى نظرية : **الموازاه بين الجسم والنفس** والتى تعتبر الظواهر البدنية ظروف أو شروط للظواهر النفسية، كما أن التغير فى أحدهما يتبعه

تغير فى الجانب الآخر.

وهكذا تتواصل التفسيرات التى تؤكد طبيعة العلاقة بين النفس والجسد، وهى علاقة عضوية وأساسية لا يمكن أبدا إنكارها ولذا فإن البناء الجسمى (بكافة محتوياته) وكذا الجانب النفسى (بكافة محتوياته) غير منفصلين بل يجب النظر إليهما على أساس أنهما وحدة واحدة وان حدوث تغير سلباً أو ايجاباً – في احدهما ينعكس فورا علي الجانب الاخر.

ولذا فقد تظهر الإضطرابات السيكوسوماتية نتيجة للإضطرابات الإنفعالية. (أحمد عزت راجح، ١٩٦٤، ١٦٧).

بمعنى آخر أن الفرد حين يتعرض لموقف يثير إنفعال معين فإنه يستجيب ككل. فالإنسان يتحرك ككل ويدخل فى الموقف المثير ككل أيضا، وعندما يتعرض الفرد لموقف مثير للإنفعال فإن رسالة أو إشارة حسية تصل إلى أحد المراكز داخل لحاء المخ يسمى (الهيبوثلاموس) Hypothalamaus فى هذا المركز تقوم المثيرات العصبية بإرسال نمط إما غريزى أو متعلم من أنماط السلوك عن طريق إرسال رسائل عصبية إلى العضلات المختصة، كما أن المثيرات العصبية أيضا تذهب إلى المراكز العليا فى المخ وتؤثر فى العمليات الفسيولوجية المتصلة بالإنفعال، كذلك تهبط هذه المثيرات إلى الجهاز العصبى المستقل أو الذاتى، هذا المركز هو الذى يتحكم فى التغيرات الفسيولوجية فى الإنفعال (عبد الرحمن العيسوى، ٢٠٠٤، ٢٨٥).

* من الجدير بالذكر أن **العرب** قد فطنوا إلى ما للأعراض النفسية (قلق - خوف - إكتئاب ... الخ) من أثر فى إحداث تغيرات فى البدن، فقد أشار الأطباء وخاصة (ابن عيسى المجوسى) وابن سينا، وأبو بكر الرازى ... وغيرهم إلى الإشارة إلى الجوانب النفسية فى إحداث العديد من التغيرات فى الجانب الجسمى فهؤلاء العلماء كانوا فى الأساس أطباء .. وقد نجحوا فى علاج كثير من الأمراض العقلية والبدنية مستخدمين العديد من أساليب العلاجات النفسية والتى أفادت بلا شك فى علاج علات البدن.

(فرويد، ١٩٥٨، ص ص ٧، ٨).

وسوف نسوق فى هذا السياق مثالين :

الأول : جاء فى كتاب ابن سينا "الأصل والعودة" .. كانت مريضة فى بلاط الملك إذ كانت منحنية لأسفل لرفع الأكواب والأطباق فأصيبت بتصلب مفاجئ فى المفاصل، وصارت غير قادرة على أن تأخذ الوضع الطبيعى في الوقوف، ولم يستطع أطباء الملك حيالها شيئا، فرجعوا للعلاج النفسى، وجعل ابن سينا إنفعال الخجل أحد وأهم أدواته العلاجية فماذا فعل هذا العالم الجليل؟ بدأ برفع ملابسها بادئا بالبرقع حتى الخمار وهكذا فأنتج ذلك وهجا من الحرارة أوقفت المزاج الروماتيزمى ووقفت المريضة معتدلة كاملة (حتي لايواصل المعالج رفع أو خلع باقي ملابسها).

الثانى : أن الطبيب الرازى قد دعى إلى (ترانواكسيان) ليعالج الأمير منصور الذى كان يشكو من أمراض روماتيزمية

فى مفاصله، فلما وصل نهر (أوكسيس) خاف عبوره فى القارب مع جنود الأمير فإضطروه للعبور. ولما دخل الرازى بخارى بلد الأمير جرب طرقا عديدة لعلاجه دون أن ينجح وقال له آخر الأمر : سأجرب غدا طريقة جديدة ستكلفك خير حصان وخير بغل فى حظيرتك. وفى اليوم التالى ركبا الرازى والأمير وذهبا إلى حمام ساخن خارج المدينة، وربط الحصان والبغل خارجه ثم دخل الحجرة الساخنة وحده مع مريضه الذى وضعه تحت الماء الساخن عدة مرات وسقاه جرعة كان قد أعدها "ليسقيها له" كما يقول الرازى "عندما يجئ الوقت الذى تنضج فيه الأخلاط التى فى مفاصله" ثم خرج ولبس ثيابه ودخل ثانية وفى يده سكين ووقف برهة يسب الأمير .. ويهدده بالقتل .. فغضب الأمير غضبا شديدا وثارت ثائرته وهب واقفا على قدميه مدفوعا بالغضب من جهة والخوف من جهة أخرى، فأسرع الرازى هاربا ثم أرسل رسالة للأمير قائلا "أنه قد عمد للعلاج النفسى ولما تعرضت الأخلاط الفاسدة لحرارة الحمام الساخن إلى الحد الكافى أثرتك عامدا حتى أزيد من حرارتك الطبيعية وبذلك إكتسبت من القوة ما يكفى لإذابة الأخلاط التى كانت قد لانت ..".

(محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ١٢٣ - ١٢٤).

ولعل المثالين السابقين يؤكدان حقيقة أن الأطباء العرب كانت لهم أدورا ريادية فى التعامل مع الأعراض والأمراض السيكوسوماتية.

* إن مفهوم **الطب النفسى** قد أدخل فى العلاج الطبى

العام مع إعادة إستخدام مصطلح (سيكوسوماتى) عن طريق "دويتش هيلين، دنبار وفرانز الكسندر وآخرين.
(Deutch. F, Dunber, H.F, Alexander, and other).

وقد أكدوا – كما سبق وأشرنا – إلى أن الفرد وحدة واحدة، وأن إختيار جانب من الفرد للدراسة إنما يعد تجزيئا الهدف منه الشرح والتوضيح وليس الواقع العلمى العملي ذلك لأن الإنسان كيان واحد بكل ما يشتمل عليه من أجزاء ومكونات، وأن أى جزء يؤثر سلبا أو إيجابا فى الأجزاء الأخرى خصوصاً بعد أن أدخل دويتش Deutch مفهوم السيكوسوماتى فى التحليل النفسى مع الإعتراف بتأثير هذه الصراعات الجسدية النفسية وتأثير اللاشعور على وظائف العضو، وقد إفترض دويتش أن الإضطرابات السيكوسوماتية لا يتم علاجها عن طريق أعراضها الظاهرة فحسب بل لابد أن يتضمن معرفة أسباب المرض وخلفيته وعلاجها .. مع ضرورة التعامل مع الصرا ع النفسى والذى يكمن فى الغالب خلف هذه الأعراض أو الأمراض.
(Sills. 1962, P. 37 – 40).

ولذا فإن الإضطرابات الإنفعالية – أى الإنفعالات الحادة يجب – تؤخذ فى الإعتبار ذلك لانها تلعب دوراً أساسيا فى التعجيل ببداية حدوث الأعراض أو عودتها أو تفاقمها، كما أن هذه الاضطرابات تكون مرتبطة بإضطرابات مماثلة لدى الفرد فى فترات مختلفة من حياته.
(Egsenck, 1972, P. 882).

وقد أُدخلت الإضطرابات السيكوسوماتية إلى مجال الطب النفسى وتسمى الآن – حسب التصنيف العالمى – إضطرابات إنفعالية وسلوكية، ثانوية ومصاحبة لإضطرابات فسيولوجية، حيث أن لفظ (سيكوسوماتية) يعنى إزدواجية الجسم من النفس، وحيث أن النفس جزء من الجسم والمخ ولذا لا يصح إنفصالهما.

والإضطرابات السيكوسوماتية هى إضطرابات عضوية يلعب فيها العامل الإنفعالى دوراً مهما وأساسيا وعادة ما يكون ذلك من خلال الجهاز العصبى اللاإرادى.

(أحمد عكاشة، ٢٠٠٨، ٦٤٣).

واقع الإضطرابات السيكوسوماتية الآن :

أصبح الآن الواقع كالآتى : –

أ – أن البحوث العالمية – الآن – تؤكد على وجود تفاعل وتغذية رجعية بين العوامل النفسية والجسدية والبيئية إلى الحد الذى يصعب معه معرفة العامل الرئيسى المسبب للمرض.

(Wolberg., 1982, P. 2260) .

ب – أن مسألة الفصل ما بين الأمـراض العضوية والأمراض النفسية لم يعد موجوداً الآن حيث ساد الفصل التعسفي ذلك على الساحة العلاجية / الطبية لفترات طويلة.

جـ – يرُّ الآن الطب الحديث معظم الأمراض الجسدية إلى العامل النفسى (وضرورة التنقيب عنه) لأنه يلعب الدور الرئيسى فى نشأة هذه الأمراض .. وأن العامل النفسى قد

يلعب دوراً فى تغذية دفاعات الفرد وقد (يلعب دوراً) يؤدى إلى إنهيار مقاومة الفرد.

(أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ص ٦٠٩).

د - بل قد توصلت الملاحظات والدراسات المتعمقة إلي اظهار حقيقة إن الكثير من الأمراض التى تأخذ شكلا عضويا مثل : فيروسات الكبد والسرطان - كمثال - أصبح يتم التعامل معها الآن على ضرورة أخذ العامل النفسى فى الإعتبار لدرجة ذكر أن الجسم يستطيع عن طريق أجهزته المناعية التخلص من فيروس C تماماً عند بدء الإصابة لدى أكثر من ١٨٪ من المرضى ذلك أن تطورات المرض بعد ذلك تعتمد على قدرة أجهزة المناعة على إحباط محاولة تزايد أعداد الفيروسات وقدرتها التدميرية البطيئة على الكبد.

هـ - كذلك السرطان إذا أصيب المريض بالسرطان يرتفع عدد ضحايا (T - الكابى) فتنخفض قدرة المناعة وهو يشجع علي استفحال وتوحش السرطان.

وقد نبه الكثير من الباحثين إلى التأثيرات المرضية للإنفعالات المزعجة (القلق - الإكتئاب - قلة الحيلة) على إرادة الحياة لدى المرضى، كما تؤثر أساليب المواءمة على جهاز المناعة إذا ما تعرض الفرد لأحداث وضغوط شديدة.

(محمود عطية، جبر محمد جبر، ٢٠٠٥، ص ٩٠).

والخلاصة : -

أن الإنسان - منذ القدم - قد عرف العلاقة ما بين

النفس والجسد وإن كان قد خفت حدة هذا الإهتمام فى فترات معينة حين تم الفصل الحاد بين ما هو جسمى وما هو نفسى .. الآن عاد الإعتقاد بقوة نظرا لأن هذه هى طبيعة الأشياء.

وضرورةأخذ الحالة النفسية في الاعتبار، لأنك كلما كنت متفاءلاً كلما ساعدت جهازك المناعي علي العمل. والامل والتفاؤل والثقة في الله تزيد من صلابتك مما يفتح المجال للشفاء. وقد لاحظ العلماء أيضاً أنك إذا جلست مع مجموعة من الأفراد وكان بينهم من هو مصابا بالبرد ووضعت في نفسك أنك لامحالة سوف تصاب بالعدوي فأنك فعلا سوف تصاب عكس شخص آخر لم يهتم بهذا الأمر.

مراجع الفصل الأول

أولا : المراجع العربية :

- أحمد عزت راجح (١٩٦٤) : **الأمـراض النفسية والعقلية : أسبابها وعلاجها وآثارها الإجتماعية**، القاهرة: دار المعارف.

- أحمد عكاشة (١٩٩٨) **الطب النفسى المعاصر**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

- سيجموند فرويد (١٩٥٨) : **معالم التحليل النفسى**، ترجمة : محمد عثمان نجاتى، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الثالثة.

- عبد الرحمن العيسوى (٢٠٠٤) : **أمراض العصر** : الإسكندرية : دار المعارف الجامعية.

- محمد حسن غانم (٢٠٠٨) : **العلاج النفسى الجماعى**، الإسكندرية، المكتبة المصرية.

- محمد حسن غانم (٢٠١٠) : **علم النفس الأكلينيكى: التقييم - التشخيص - العلاج**، الإسكندرية : المكتبة المصرية.

- محمود السيد أبـو النيل (١٩٩٤) : **الأمـراض السيكوسوماتية فى الصحة النفسية**، بيروت : دار النهضة العربية.

- محمود عطيه / جبر محمد جبر (٢٠٠٢) : **علاقة الذكاء الوجدانى بالأعراض النفسجمية**، مجلة بحوث كلية

الآداب جامعة المنوفية، ع (٢٠) ص ص ٣ – ٨٢.
– يوسف كرم (١٩٥٨) : تاريخ الفلسفة اليونانية، القاهرة لجنة التأليف والنشر والترجمة.

ثانيا : المراجع الأجنبية

– Kaplan, I & Sadock, B (1981) : **Modren Synopsis of Comprehensive text foot of Psychiatry**, III, Third Edition, U.S.A. the Williams & Wilkins Compang.

– Sanders, D, (1996) : **Counseling for Psychology Problems,** Sage Publications. Itd.

– Rees, F. (1983)m : **The Development of Psychosomatic Medicindring** the Post 25, Journal of Psychosomatic, vol 27, 2. Pp. 2010 – 2015.

– Sills, D. (1962) : **International Encyclopedia of the Sociol Science**, Vol, 13. No, 4. The Macmillam Compang and the Free Press.



الفصل الثانى
مدخل إلى تعريف
الإضطرابات السيكوسوماتية

محتويات الفصل

الفصل الثانى

مدخل إلى تعريف الإضطرابات السيكوسوماتية

مقدمة :

العلاقة بين النفس والجسم لا تحتاج إلى دليل ورغم ذلك فقد ساد التيار الغالب لفترة متمثلا فى الفصل التام بين كل ما هو جسمى وما هو نفسى .. عكس فترة ساد فيها الإلتحام والنظرة الكلية إلى جميع جوانب الإنسان.

ولذا لا عجب إذ كان يطلق قديما على الطبيب لفظ (حكيم) والحكيم هو الشخص الذى يلم بجميع أعراض الجسم والنفس والعقل ويأخذ (هذه الأعراض) فى الإعتبار عكس التيار الذى ساد الآن (تميز بالتخصص الدقيق لدرجة أن (طب الأسنان) مثلا قد تحول إلى عددا من التخصصات مثل : جراحة الفم ، وتقويم الأسنان، وحشو وتركيب الجذور ... الخ .. وتحول الأسنان – من خلال تفتيت هذا التخصص إلى أجزاء يتم تناولها عبر تخصصات مختلفة فى كليات الطب الآن، صحيح أن الطالب يدرس جميع التخصصات فى السنوات الأولى (بما فى ذلك علم الفارماكولوجى) أو الأدوية وتأثيراتها على كافة جسم الإنسان, أو صحيح أيضا أن (التخصص) الدقيق يتم قبيل الإنتهاء من دراسة الطب .. أو فى العامين الأخيرين إلا أن النظرة الكاملة والشاملة للشخص (على أساس أنه جسد ونفس وعقل ووجدان وإرادة) كل هذه الجوانب تؤثر فى بعضها البعض وتنعكس سلبا أو إيجابا، بدلا من النظرة التى ترى أن

الإنسان (جزر منعزلة لا رابط بينها .. وإنك إذا إشتكيت من (الأنف) فلا يعنينا أخذ مجموعة من الإحتمالات الأخرى فى الإعتبار وفى مكان بعيد يمكن أن تتسبب أو تكون كامنة خلف هذا الإلتهاب.

ولعل الأمراض النفسجسمية أو السيكوسوماتية تسخر من هذا الفصل التعسفى بين تجزئة (الإنسان) إلى جسم ونفس، لأن ما هو جسمى يؤثر فى النفس، وأن النفس وما يعتريها من قلق وإكتئاب وإنفعالات سيئة سوف ينعكس بلا شك فى الجسد ووظائفه. ولذا كان (العامة) لم يذهبوا بعيداً حين كانوا يقوموا بوصف الفرد بأنه (شوية دم إذا تعكر - لا قدر الله) فإنه قد يصاب بالعديد من الأمراض العضوية الخطيرة ولذا كانت تأتي النصائح ومازالت بأن لاتنام وأنت غاضب، أو حزين، أو منفعل لأن الواقع قد أفرز العديد من الحالات المرضية الخضيرة جراء النوم والشخص محمل بكل هذه الانفعالات الحادة والسيئة.

ولذا فإن العوامل النفسية تلعب دوراً هاماً وكبيراً فى الإضطرابات الجسمية. ولذا فإن (فلورنس دينار) لم تذهب بعيداً حين ألقت صيحتها - الحكمة (الشهيرة) : "**لا طبيب حق دون أن يكون عالماً بالنفس**".

ويجب أن لا تنخدع مهما كانت الأمراض عضوية، لأن هذا المرض فى حد ذاته قد لا يكون له (دلالة ورمز) إلى عوامل نفسية. فالعن (أى فقد القدرة على الجماع) قد يكون له عوامل متعددة مثل : -

أ - نتيجة عوامل إنفعالية حادة.

ب - وجود مرض فى شرايين القضيب تحد من كمية الدم التى تسرى فيه فيستحيل عليه أن ينتصب.

جـ - قد تكون العنة نتيجة لوجود مرض البول السكرى.

د - أو قد تكون نتيجة وجود مجموعة من (الأفكار غير العقلانية) عن الجنس وعن الشريك الآخر (المرأة مثلا).

وبالتالى حين يتم فحص (مريض) ما لابد أن نأخذ (العوامل النفسية) فى الإعتبار، وأن هذه الطائفة من الأمراض إنما تفرض على جميع التخصصات العودة مرة أخرى إلى ضرورة تبنى النظرية الكلية فى النظر إلى الإنسان وإلى جميع وظائفه، وضرورة الإيمان (المطلق) بالتفاعل الدائم والديالكتيكى بين ما هو نفسى وما هو جسدى، وأن مسألة (الفصل) بين أجهزة الجسم والتخصص الدقيق فيها إنما قد يجلب من الأضرار أكثر مما يجلب من المنفعة للفرد.

وسوف نحاول فى هذا الفصل أن نقدم مجموعة من المفاهيم حول هذا التخصص الهام من فروع علم النفس والذى يجمع ما بين عدة تخصصات سواء أكانت نفسية أم طبية (قد تحتوى جميع التخصصات والفروع المعروفة).

وقبل أن نمضى فى سرد العديد من التعريفات التى قدمت لمفهوم : الإضطرابات النفسجسمية يحسن بنا أن نورد الملاحظات الآتية : -

ملاحظات عشر على المفاهيم : -

١ - إن الفكر الإنسانى ظل لفترة طويلة يطلق على

هذه الطائفة من الأمراض إسم الأمراض النفسجسمية حيث لوحظ أن العوامل النفسية تلعب الدور الحاسم والرئيسى والأساسى فى إصابة أجزاء وأجهزة مختلفة ومتنوعة من الجسم.

٢ - إن إصطلاح (نفسجسمية Psychosomatic) كلمة جديدة نوعاً ما، فقد إستخدمت لأول مرة عام ١٩٢٢م فى الكتابات الطبية الألمانية، ولكنها لم تستعمل فى اللغة الإنجليزية حتى أوائل الثلاثينيات (من القرن الماضى) إلا بعد أن إستخدمتها الدكتورة (هيلين فلاندرز دينار) فى مؤلفهاالضخم والكلاسيكى والأكثر شهرة فى هذا المجال ألا وهو : (الإنفعالات والإضطرابات الجسدية) وعدت هذا المفهوم من المفاهيم العلمية السليمة نظراً لأنه يعبر بالضبط عن طبيعة التفاعل ما بين الجسد والنفس وخاصة الانفعالات الحادة سواء أكانت إيجابية أو سلبية.

٣ - إن هذه الملاحظة للعلاقة المتبادلة بين ما هو نفسى وبين ما هو جسدى ليس وليد هذه اللحظة (أى ١٩٢٢) مثلا لأن هناك العديد من الشواهد والكتابات والأدلة التى تؤكد فهم بعض الأفراد وفطنتهم إلى هذه العلاقة وسوف نكتفى بإيراد ثلاثة نماذج للتدليل على ذلك : -

النموذج الأول :

إنـه منذ ٤٥٠٠ سنة قبل الميلاد ينبئنا التاريخ أن إمبراطور الصين الأصفر (هوانج تى) كان قد لاحظ أن الإحباط وعدم إشباع رغبات الأفراد قد يصيبهم بالعديد

من الأمراض العضوية وظل (هوانج تى) يتتبع هذه الملاحظة لدى العديد من الأفراد اللذين تعرضوا للإحباط، فى مقابل تتبع الأفراد اللذين لم يتعرضوا لهذا الإحباط أو الخبرة المؤلمة فلاحظ وجود فروق (ذات دلالة إحصائية) بين الأفراد اللذين لم يحبطوا فى مقابل الأفراد اللذين أحبطوا وإن (تجربة الإحباط) إنما تهيئ الجسد للإصابة بالعديد من الأمراض فضلا عن أن الروح النفسية (غير المزدهرة) تكون بادية للعيان.

النموذج الثانى :

إن الفيلسوف اليونانى (هيبو قراط) قد طالب الأطباء أن يلموا (بكليات الأمور) حتى يستطيعوا أن يحققوا شفاء مرضاهم، وأن مسألة الفصل بين ما هو (جسدى) وما هو (عقلى) لن يجدى ولن يشفى المريض، وأن الجسم لن يشفى دون مراعاة عدم الفصل.

النموذج الثالث :

إن (مارثن لوثر) فى العصور الوسطى قد لاحظ أن "الأفكار ذات الوطئ الثقيل (أي الهم والفهم) تأتى بالأمراض الجسدية، وأن الروح عندما تضيق بالأمور يشاركها الجسد ضيقها هذا، وأن مجرد (الصراع) وعدم الحسم قد يجر على الفرد العديد من صور الإضطرابات الجسدية والتى هى فى الأساس معاناة نفسية وفكرية. (هوارد.، & مارثا لويس، ١٩٧٥،ص ١٩).

٤ – إن الإتجاه الحالى الآن فى الفكر يفضل إستخدام

مصطلح : الإضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic والإسم مشتق من كلمتين :

الأول : نفس Psycho وتعنى العوامل النفسية التى منها تبدأ الإضطرابات الجسمية أو تتطور (إلى الأسوأ) بسببها.

الثانى : الجسم Soma ويشير إلى الجسم بإعتباره المجال العضوى للتفاعلات والإنفعالات النفسية وهو الذى يعاني ويتألم ويقاسي من آثاره إضطرابات النفس.

(مجدى زينة، ١٩٩٤، ص ٣٩)

٥ - يوجد عديد من التعريفات التى قدمت لمفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية إلى درجة أننا سوف نقوم (بتصنيف) هذه التعريفات إلى فئات متعددة تتفق على مجموعة من التعريفات فى خصائص معينة.

٦ - العديد من الإسهامات والتفسيرات والاجتهادات التى توالت من مدارس ونظريات علم النفس حول تقديم (تفسير) لأسباب هذه الإضطرابات، وطبيعة العوامل التى (تتفاعل) مع بعضها البعض وتقود إلى هذه الإضطرابات والتى تحركها وتكمن ورائها عوامل نفسية.

٧ - إن الإضطرابات السيكوسوماتية تثير العديد من القضايا والإستشكالات مثل : -

أ - كيف نفرق بين الإضطرابات السيكوسوماتية والإضطرابات النفسية (النقية الخالصة) ؟ وهل المرض يختار ضحاياه أم أن الأفراد هم الذين يختارون المرض

الذي يتفق وطبيعة شخصياتهم؟!.

ب - كيف نفرق بين الإضطرابات السيكوسوماتية والأمراض البدنية العضوية (النقية الخالصة) ؟

جـ - ما الذى يجعل شخصا ما يصاب بمرض بعينه دون باقى الأمراض ؟ وهل المرض يختار ضحاياه؟ أن الافراد هم الذين يختاروا المرض الذي يتفق وطبيعة شخصياتهم؟!

د - ما هى الميكانيزمات الدفاعية فى الإضطرابات السيكوسوماتية. وهل هذه (الميكانيزمات أو الحيل) واحدة فى كل الأمراض أم تختلف هذه الأساليب والحيل من مرض إلى آخر (ميكانيزمات مرض السرطان مثلا تختلف عن ميكانيزمات مرض الجلد مثلا).

٨ - قضية **التشخيص** خاصة إذا أخذنا فى الإعتبار إمكانية تداخل الأمراض العضوية والأمراض النفسية فيما بينهما تداخلا كبيرا. وعلى سبيل المثال نستطيع تصور أربع مجموعات فضفاضة يشكو فى كل منها المرضى أو الذين يعانون من مشكلات لها علاقة بالجسم. وهى على التوالى: -

أ - قد تكون مشكلة المريض الأعراض الجسمية فقط دون غيرها، وفى هذه الحالة يصنف مرضه على المحور الثالث من الدليل التشخيصى، ويعالج بالتالى فى مؤسسة طبية عامة.

ب - قد يعانى المريض من إضطراب له ظواهر نفسية وأخرى عضوية مثل خرف الزهايمر أو الهذيان الكحولى. ويعالج عندئذ فى مستشفى طب نفسى أو مستشفى طبى عام بالتعاون وإشراف مختص فى الطب النفسى.

جـ - قد تظهر فى المريض "عوامل نفسية تؤثر على الحالة الجسمية" كما يصنفها الدليل التشخيصى الرابع(*) (١٩٩٤) DSMIV وتتضمن هذه الفئة الأمراض النفسية الجسمية (السيكوسوماتية) القديمة وإن كان هذا المسمى لا يعنى أنها نتجت عن تأثير العقل أو الانفعال على الجسم، وتعالج هذه الحالة بالوسائل البيولوجية والنفسية.

د - قد تظهر على المريض علامات أحد الإضطرابات الجسدية الشكل SOMATOFORM والتى تشمل : -

أ - إضطراب تشوه الجسد Body Dysmorphic Disorder.

ب - إضطراب التحول.

جـ - توهم المرضى.

د - إضطراب التبدين Somatisation.

هـ - إضطراب الألم جسدى الشكل.

ويضاف هذا النوع من الأمراض فى مرضى عديدين يشكون من شكاوى جسمية، دون أن يكون لها أساس عضوى. ويقبل هؤلاء بشغف على العلاجات الطبية فى الوقت الذى يرفضون فيه إستشارة الطبيب النفسى.

(بيتر نوفاليس وآخرون، ١٩٩٨، ص ص ٢٨١ - ٢٨٢)

(*) ظهر الان الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس5- DSM عام ٢٠٠٨ ولم يختلف الأمر فيه (أي بخصوص الاضطرابات السيكوسوماتية عما ظهر في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع أو الرابع المعدل.

٩ – تثير الأمراض السيكوسوماتية قضية العلاج – فهل تسير الإجراءات العلاجية مهتمة ومركزة فقط على الجانب الجسمى – العضوى، وبعد فترة نبدأ فى التدخلات العلاجية النفسية أم أن العلاجات (العضوى – النفسى – الإجتماعى) يجب وحتما ولابد أن تسير ومعا حتى نتعامل بموضوعية وبرؤية متكاملة منذ البداية.

١٠ – مستقبل الأمراض السيكوسوماتية يثير العديد من التساؤلات حول : –

أ – ما هو التصور المستقبلى لهذا الفرع من علم النفس والطب النفسى مستقبلا؟

ب – طبيعة الأمراض العضوية أو النفسية التى من الممكن أن ندخلها فى نطاق هذا الفرع من العلم (أو الفرع التي من الممكن أن يتم ضمها مستقبلا).

جـ – إمكانية (التعاون الوثيق) بين التخصصات الطبية والنفسية وربما الإجتماعية والدينية والتأهيلية المختلفة من أجل التعامل بفاعلية مع مشاكل هذا الفرع من فروع العلم.

د – إمكانية الإكتشافات العلمية فى مجال (الغدد الصماء لمعرفة الظروف التى يتم معها وفيها تفاعل المجموعات الهرمونية المختلفة إزاء الشدائد والكروب النفسية وهناك آمال كثيرة واعدة معقودة على مجال (دوائيات الوظائف النفسية) أى التركيز علي دراسة الأدوية وتأثيراتها على الحالات الإنفعالية، ومدى فاعليتها فى علاج الأمراض السيكوسوماتية.

هـ - إمكانية سد الفجوة بين الطب النفسى العام والطب الباطنى العام حيث يتم سدها الآن من عدة جهات. فبعض كليات الطب تدرب الطلبة فى مجال الطب النفسى والطب النفسجسمى .. فهل تأخذ بهذه الفكرة باقى الكليات أم أن النظرة (الفصلية - العنصرية) ما زالت سائدة ومهيمنة أم أن مثل هذا (التغيير) فى الفكر يتطلب أجيالا وأجيالا.

و - هل تساهم بحوث (الجينيوم) والشفرة الوراثية فى فهم هذا التكامل الذى يجب أن يكون بين جميع أجهزة الجسم والنفس، وهل إكتشافات الجينيوم والشفرة الوراثية من الممكن أن تساهم فى (منع) حدوث العديد من الإضطرابات مستقبلا، سواء أكانت أمراض عضوية أم نفسية أم عقلية أو حتى إنحرافات سلوكية ونكتفى بهذا القدر من الملاحظات.

والآن إلى **التعريفات** التى قدمت لمصطلح : الإضطرابات السيكوسوماتية : -

التعريفات التى قدمت لمفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية : -

نستطيع أن نصنف التعريفات التى قدمت لمفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية فى المجموعات الآتية : -

أولا : التعريفات التى تركز على أعراض وخصائص الإضطرابات السيكوسوماتية :

وتهض هذه المجموعة من التعريفات على حقيقة خلاصتها أن الإضطرابات السيكوسوماتية تنتج عن عمليات ناتجة عن تفاعلات معقدة بين المخ وبقية أجهزة الجسم وأن إستمرار

هذا التعقد والتفاعل ينهك أعضاء الجسم ويقودها إلى (الشلل) أو (فقدان وظائفها) ومن أهم هذه التعريفات : -

١ - تعريف الدليل التشخيصى والإحصائى الرابع

- لجمعية الأطـبـاء النفسيين الأمريكية للإضطرابات العقلية DSMIV, 1994(*) .. حيث يعرف الإضطرابات السيكوسوماتية تحت عنوان : الحالات الجسمية (Gale Enc) فهى إختلالات وظيفية تنشأ - فى جانب منها على الأقل - من عوامل نفسية أو عاطفية / وجدانية / إنفعالية .. ولذا لابد على الأطباء أن يقروا بوجود إستعدادات Di Sposations للمرضى والتى لاتعنى حتمية الإصابة به .. إلا أنه فى الغالب تظهر هذه الأعراض عندما لا يستطيع الشخص - أو يواجه على نحو خاطئ - أحداث وضغوط الحياة المؤلمة والحادة مثل : الطلاق أو موت شخص عزيز لديه يكون قد إرتبط به وجدانيا وعاطفيا وهنا يتفاعل الإستعداد (الذى كان كامنا فى الشخص / الداخلى) مع الآثار الناجمة عن فقدان هذا الشخص مثلا .. وهنا تحدث الإصابة بالإضطراب السيكوسوماتى .. كما لابد من أخذ العوامل المجتمعية فى الإعتبار .. فالأسر الى يسودها جو من الألفة والسعادة والمناخ الايجابي القائم علي الألفة والود وحسن المعاشرة تقلل بلا شك من إستعداد وإحتمال إصابة

(*) ذكرنا سابقا أن الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس قد ظهر عام ٢٠٠٨، والصادر عن رابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية.

أفرادها بالمرض أو الإضطراب مقارنة بالأسر التى يسودها جو من الشحناء والعداء سواء أكان مستتراً أم ظاهراً .. وهكذا لابد من أخذ كافة العوامل سواء داخلية أم خارجية، فى الإعتبار.

٢ - تعريف محمود أبو النيل :

ويعرفها بأنها : إضطرابات جسمية مألوفة للأطباء والتى يحدث عن طريقها تلف فى جزء من أجزاء الجسم، أو خلل فى وظيفة عضو من الأعضاء نتيجة إضطرابات إنفعالية مزمنة نظراً لإضطراب حياة المريض والتى لا يفلح العلاج الجسمى الطويل وحده فى شفائها شفاء تاماً نظراً لإستمرار الضغط الإنفعالى وعدم علاج أسبابه (النفسية الحقيقية) إلى جانب العلاج الجسمى (فقط). (محمود أبو النيل، ١٩٧٢، ص ٥١).

٣ - تعريف دافيزون ونيل Davison, & Nwal :

وهى : مجموعة من الإضطرابات توصف بأنها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل إنفعالية حادة ومستمرة، وتتضمن إصابة جهاز عضو واحد (أو أكثر من جهاز من أجهزة الجسم المختلفة) والتى تكون تحت تحكم الجهاز العصبى المستقل أو اللاإرادى، وأن إستمرار الضغط والإنفعال السيئ على الجسم يقود إلى (تدهور فى أجهزة الجسم وشلل تام عن أداء وظائفها) .. وأن المجال ينفتح ويتسع ليشمل العديد من أجهزة الجسم والتى تتبدى فى إصابة عضو أو أكثر.

(Division & Neal, 1978, p. 165)

٤ - تعريف جالاتين Gallatin للإضطرابات السيكوسوماتية :

هي أمراض تنتج عن أسباب نفسية، غالبا ما تلعب الضغوط النفسية الحادة دورا كبيرا فى حدوثها، وأن الآلام النفسية تنعكس فى حدوث مرض أو أكثر فى أجهزة الجسم المختلفة، وأن الأمر - فى هذه الحالة - لا يقتصر على جهاز من أجهزة الجسم دون غيره، بل قد يشمل الإضطراب والتلف جميع أجهزة جسم الفرد. (Gallatin, 1982., p. 212)

ونكتفى بهذا القدر من التعريفات التى قدمناها للتدليل على نماذج من التعريفات التى تركز فقط على أعراض وخصائص الإضطرابات السيكوسوماتية.

ثانيا : التعريفات التى تركز على أن الإضطرابات السيكوسوماتية تعد نتاجا لإضطراب نفسى - إجتماعى :

وينطلق أصحاب هذا المحور من حقيقة خلاصتها أن الإضطرابات السيكوسوماتية تحدث نتيجة لتعرض الفرد لضغوط نفسية عالية (أى لا يتحملها)، كما أن هذه الضغوط دائمة ومستمرة نتيجة للأزمات اليومية التى يعيشها ويعاركها الفرد في معركة الحياة اليومية وان الفرد كلما انتهي من مواجهة أزمة يجد نفسه وقد دخل في أزمة أخري دون فترة من الراحة يلتقط فيها أنفاسه، وهل يوجد إنسان لايتمني أن يقابل أي ضغوط أو أزمات ولكن الاماني شيء وواقع الحياة شيئا آخر (وان الرياح لاتأتي بما تشتهي السفن)

وليس كل ما يتمناه المرء يدركه)، وقد ينجح الفرد قليلا فى مواجهة هذه الضغوط والمشاق إلا أن المحور الأساسى والهام هو : فشل الفرد الدائم والمستمر فى مواجهة أحداث الحياة اليومية.

ولذا فإن (إستراتيجية الفرد) فى مواجهة هذه الضغوط لا تتلائم على الإطلاق مع هذه الضغوط، إضافة إلى إمكانية إدراك الفرد (المبالغ فيه) وغير الموضوعى لهذه الضغوط كما تقود فى النهاية إلى (إنهاك) قوى الفرد وتجعله يقع صريعا للإضطرابات السيكوسوماتية والتى تنعكس فى تلف العديد من أجهزة الجسم المختلفة.

وسوف نقدم بعضاً من نماذج هذه التعريفات :

أ - ترى **أنستازى** Anastasi, A أن مصطلح (إضطراب سيكوسوماتى) يطلق بشكل قاطع على تلك الإضطرابات الجسمية التى تلعب فيها المشقة والضغوط النفسية - الإنفعالية دوراً جد هام فى إصابة الفرد وتحويله إلى حالة مرضية ملموسة وواضحة، وأن هذا المصطلح بمعنى أوسع يوضح بجلاء أثر العوامل السيكولوجية على الوظائف الفسيولوجية مؤكدة وجود تأثيرات سلبية على مثل هذه الأجهزة، وكذا وظائف الأعضاء، وأن العوامل الإنفعالية لا يخطأ أحد فى تفسيرها ووجودها الكامن والمؤثر خلف كل هذه (التنوعات) من الإضطرابات التى تصيب أجهزة الجسم، وتصيب (وظائفه) بالشلل والدمار التام.

ب - ويرى ميلون وميلون Millon, & Millon أن

مصطلح : الإضطرابات السيكوسوماتية هى : إضطرابات جسمية ناتجة أو تنتج عن عدم قدرة الفرد (المريض - المصاب بهذه الإضطرابات الجسمنفسية) على تجنب المضايقات أو ضغوط وشدائد الحياة، وأن إضطرابات الجسم تنتج نتيجة أمرين : -

الأول : تراكم هذه الإنفعالات المؤلمة لفترة طويلة.

الثانى : عجز الفرد عن المواجهة الصحيحة - السوية لأزمات وضغوط الحياة، وأن هذا الفشل ينعكس على إصابة العديد من أجهزة الجسم.

(Millon. T. & Millon, R, 1994., p 311)

جـ - فى حين يشير **ريتشارد. م. سوين** Suin. R إلى أن هذه المجموعة من الإضطرابات السيكوسوماتية هى عبارة عن حالات تكون فيها الإضطرابات فى بنية الجسم راجعة أساسا إلى الإضطرابات الإنفعالية، وهذا يؤكد حقيقة العلاقات القائمة والجدلية بين النفس والجسم. وأن الجهاز العصبى المستقل يفشل فى إعداد وتهيئة الجسم لمواجهة حالة الطوارئ الذى يتعرض لها الفرد (آنذاك) مما يؤدى إلى تفجر حالة من القلق يعجز الجسم عن مواجهتها قد تنعكس سلباً على أجهزة الجسم المختلفة.

(ريتشارد. م. سوين، ١٩٧٩، ص ص ٤٣٣ - ٤٣٤)

المجموعة الثالثة من التعريفات :

وينهض أصحاب هذا الإتجاه من حقيقة خلاصتها أن مصطلح (سيكوسوماتى) أصبح يستخدم إستخداما واسعا

فى الوقت الحاضر ومما ساعد على إنتشاره هو الحاجة إلى مصطلح يمكن أن يعكس بدقة تأثيرات الإنفعالات (السيئة والمستمرة – المزمنة) على أعضاء الجسم، ولذا فإن هذا المصطلح قد شاع إستخدامه وأصبح (يسد فراغا) كانت تعانى منه – من قبل – مثل هذه الدراسات وطبقاً لأصحاب هذا الإتجاه فقد إتسع نطاق الأمراض السيكوسوماتية ليشمل أكثر من (٤٠) مرضا عضويا يعانى منه الإنسان.

وكان الطبيب الهولندى (ج جردين) أول من فصل بعض الأمراض الجسمية مثل الربو الشعبى، وتقرح المعدة والقولون عن باقى الأمراض العضوية مؤكداً أن سبب هذه الأمراض – وغيرها – إنما يرجع إلى عوامل نفسية مؤكدة وواضحة ولا تحتاج إلى دليل. (Lipowsk, 1989, pp. 34 – 44)

وسوف نقدم بعضاً من التعريفات للتدليل على وجهة نظر أصحاب هذا الإتجاه :

أ – يريا نستينهور، وراجرنت Nistenhauer & Raegrant إن مصطلح الإضطراب السيكوسوماتى يظهر عندما يتعرض الفرد لموقف مضطرب أو ضاغط فيستجيب على المستوى الفسيولوجى – العضوى حيث ينشط الضغط الإنفعالى للجهاز العصبى اللاإرادى وأن هذا (التحفيز أو التنشيط) يقود إلى العديد من الأضرار العضوية مثل : التقلص العضلى اللاإرادى، زيادة الإفرازات، زيادة التنفس (النهجان)، ومع إستمرار هذا التحفيز وإستمراره فإن ذلك

يؤدي إلى العديد من الأضرار التى تنعكس فى نهاية المطاف وتقود إلى (كف الجهاز أو عضو الجسم) عن أداء وظائفه.
(Steinhauer & Raearant, 1977 pp. 191 – 193)

ب – فى حين تعرف **دائـرة المعارف النفسية** أهم خصائص هذه الإضطرابات السيكوسوماتية فى : –

١ – وجود إضطرابات فى الوظيفة مع وجود خلل فى أحد أعضاء الجسم.

٢ – وجود إضطرابات إنفعالية تقوم بدور جوهرى فى ترسيب وحدوث وتكرار وتفاقم الأمراض، وهذا ما يميزها عن الإضطرابات العضوية الصرفة.

٣ – تتسم هـذه الإضطرابات بأنها مزمنة وتتنوع مظاهرها.

٤ – كما أنه ترتبط بغيرها من الإضطرابات النفسجسمية الأخرى.

(من خلال : هبة أبو النيل، أيمن عامر، ٢٠٠٦، ص ٢٧٢)

جـ – تعريف كيف برودمان وآخرين Keev Brodman. et. al

معدى **قائمة كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية** للإضطرابات السيكوسوماتية بأنها : زملة الأعـراض الجسمية التى تنشأ عن عوامل نفسية إنفعالية، والتى قد تتسبب فى حالة زيادة شدتها تصل إلى المعاناة من مرض حقيقى يصيب عضو أو جزءا من أجزاء الجسم، أو يسبب

خلل فى أداء هذا العضو لوظيفته، بحيث لا يفلح فى علاج هذه الأعراض وشفائها شفاء تاما، فى حالة الإعتماد فقط على العلاج الجسمى الطويل وبدون علاج أسبابه النفسية، وتنشأ هذه الأعـراض غالبا نتيجة تفاعل عوامل نفسية وإجتماعية حادة (مثل تعرض الفرد لضغوط حياتية مزمنة، أو نظراً لتبنيه لأسلوب حياة غير تكيفى، أو لإتسامه بسمات شخصية معينة للوقوع فى هذه الإضطرابات) مع وجود عوامل بيولوجية مهيئة (مثل ضعف فسيولوجى فى أحد الأعضاء أو وجود إضطرابات فى الأجهزة الفسيولوجية والهرمونية ... الخ). (محمود أبو النيل، ٢٠٠١)

والخلاصة أن الإضطرابات السيكوسوماتية هى عبارة عن إضطرابات جسمية تحدث نتيجة إضطرابات إنفعالية، ولذا فإن التركيز فقط على علاج (الأعـراض) دون علاج (الأسباب النفسية الحقيقية والكامنة خلف هذه الأعراض) لا يجدى.

ولذا فإننا نستطيع أن نستنتج من كل ما سبق الآتى : –

١ – وجود إضطراب أو خلل فى أحد أعضاء أو أجهزة الجسم.

٢ – إن هذا الخلل قد يكون فى (العضو) أو فى (وظيفته) وأن الأمرين ينتهيان إلى (شلل) تام ودمار لوظيفة العضو أو جهاز – أو أكثر من أجهزة – الجسم.

٣ – إن الإضطرابات الإنفعالية السيئة تلعب دورا جوهريا فى حدوث (خلل فى وظيفة العضو).

٤ – إن ما يميز الإضطرابات السيكسوماتية عن الإضطرابات العضوية هو : العامل الإنفعالى (السيئ، والمتكرر، والمستمر والمزمن).

٥ – أنه من الممكن أن تلعب الضغوط والأحداث اليومية وفشل الفرد فى مواجهة هذه الضغوط الدور الحاسم والأكبر فى تدهور أعضاء الجسم.

٦ – إن كل ما سبق يفيد في أمرين : –

الأول : ضرورة التعرف على إستراتيجية الفرد فى التعامل مع أحداث وضغوط الحياة.

الثانى : ضرورة أن يسير العلاج العضوى جنبا إلى جنب مع العلاج النفسى.

تعريف الإضطراب :

بقى أخيراً أن نشير إلى معنى مصطلح : إضطراب Disoredr والـذى يعنى (وفقا) **لموسوعة علم النفس والتحليل النفسى** (١٩٩٣) بأن الإضطراب (بصفة عامة) يعنى لغويا الفساد أو الضعف أو الخلل، وهو لفظ يستخدم فى مجال علم النفس الإكلينيكى بصفة خاصة، وكذلك فى علم الطب النفسى، وهو يطلق على الإضطرابات التى تصيب الجوانب المختلفة من الشخصية، أى أن هذا الإضطراب يعنى مجموعة من الأمراض تعكس سوء توافق الفرد .. ولذا فسوف نجد العديد من المفاهيم التى تعكس أنواعا متعددة من الإضطرابات مثل : إضطراب الإدراك Imperceptin، وإضـطـراب الشخصية Personality Disorder

وإضطرابات الجسم Somatic Disorders وغيرها من صور الإضطراب.

(فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ص ص ٩٤ – ٩٨)

وإذا كانت الإنفعالات لها هذا الدور الهام والحيوى فى التأثير والتأثر على جميع أجهزة الجسم فإن العلاقة بين النفس والجسم تحتاج إلى نظرة وتمعن ووقفه علميه / موضوعية، وهذا سيكون موضوع حديثنا فى الفصل القادم.

مراجع الفصل

أولا : المراجع العربية

١ – بيتر نوفاليس، ستيفن روجيفينز، روجر بيل (١٩٩٨) **العلاج النفسى التدعيمى**، ترجمة لطفى فطيم، عادل دمرداش، المجلس الأعلى للثقافة (المشروع القومى للترجمة) كتاب رقم (٥٢)، القاهرة.

٢ – ريتشارد. م. سوين (١٩٧٩) : **علم الأمراض النفسية والعقلية**، ترجمة أحمد سلامة عبد العزيز، القاهرة، دار النهضة العربية.

٣ – فرج طه، شاكر قنديل، حسين عبد القادر، مصطفى كامل (١٩٩٣) **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى**، دار سعاد الصباح، القاهرة.

٤ – محمد حسن غانم (٢٠١٣) **كيف تتحكم في انفعالاتك؟** كتاب اليوم الطبي، مؤسسة الاخبار. القاهرة.

٥ – مجدى زينة (١٩٩٤) : **دراسة فى مكونات العلاقة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية لدى المراهقين بالمعاهد الدينية والمدارس العامة**، ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس.

٦ – محمود أبو النيل (٢٠٠١) **مقياس كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية**، القاهرة، المؤسسة الإبراهيمية لطباعة الأوفست.

٧ – محمود السيد أبو النيل (١٩٧٢) : **علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهنى فى الصناعة**، دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

٨ – هوارد. ر. ومارثا لويس (١٩٧٥) : النفس والجسد: كيف تستطيع إنفعالاتك أن تلحق الضرر بنفسك، ترجمة محمد عماد فضلى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية :

9 – American Psychiatric Association (1994) : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Washington. D.C.

10 – Anastasi, A (1986) : Field of Applied psy– chology New York. Mc Grow Hill Co. (3th ed).

11 – Dvison, G & Neal. J. (1978) : Abnormal Psychology. Fifth edition. John wileg & some. INC.

12 – Gallatin, J (1982) : Abnormal Psychol– ogy. Concepts, issues tre\nds. New York, MC Million Pullahing Co. T.N.C.

13 – Lipowski, 2. (1989) : What does the word Psychosomatic realy mean? Ahistorical and se mantic hiqiury., Psychosomatic Medicine, vo. (49). No (2) pp. 34 – 44.

14 – Million. T. & Million (1994) Abnormal Behavior and personality, p wilod elphia. WB. Sovnder Co.

15 – Steinhauer. P & Rac – Grant. A (1977) psychologic all problems of the child and his family, torinto macmillan of Canda.

الفصل الثالث
العلاقة بين النفس والجسم
محتويات الفصل

الفصل الثالث

العلاقة بين النفس والجسم

مقدمة : –

بداية نؤيد أ. د محمود أبو النيل (١٩٩٤ – ص ١٢٦) بما ذهب إليه من أن الإنسان قد عرف ومنذ زمن طويل أن (الإنفعالات النفسية) لها علاقة بالحالة الجسمية والجسد بصفة عامة. فالمثل الأغريقى الذى يقول : "إن العقل السليم فى الجسم السليم" يقر ضمنا بأن كليهما يرتبط بالآخر إرتباطا وثيقا ومع ذلك فإن الكثير من الناس يجدون الآن صعوبة كبيرة فى الإعتراف بذلك حتى ولو بينهم وبين أنفسهم .. إلا أن العالم حين إنكوى بحربين عالميتين كبرى، الأولى (١٩١٤ – ١٩١٨) والحرب العالمية الثانية (١٩٣٩ – ١٩٤٥) قد وضح بما لا يدع مجالا للشك كيف أن الحرب كلفظ شديد التأثير على الأفراد، قد تركت العديد من الإشارات إنعكست سلبا وظهرت فى الأمراض وعشرات الحالات من الأعصبة والأمـراض والإضطرابات والـذى فشل العلاج العضوى بمفرده (فى حل شفرتها) أو فى الوصول بالفرد إلى الشفاء، وأن المريض لا يحتاج فقط الدواء أو العلاج الطبى ولكنه فى الوقت نفسه يحتاج إلى أن يشعر بالرعاية والإهتمام وأنه موضع تقدير (وإنصاف لكل ما يشكو منه) ولذا لابد من أخذ كل ما سبق فى الإعتبار حين يتم النظر إلى النفس والجسم.

وإن فهم العلاقة بين النفس والجسد والتأثير المتبادل بينهما ليس وليد العصر الحديث بل هو قديم قدم المجتمعات

الإنسانية. ولعل هذا الفهم (الفطرى) لطبيعة العلاقة والتأثير المتبادل بين النفس والجسم قد ساعد فى تأهيل وتنمية قدرة الإنسان على مواجهة العديد من الأمراض والأوبئة التى أصابته.

العلاقة بين النفس والجسد فى الفكر الإنسانى القديم :

نستطيع أن نرصد العديد عن الفهم المتبادل بين النفس والجسد فقد أشار **بريل** A. A. Brill إلى أن هيبو قراط (أبو الطب) قد إستطاع شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسمى وذلك عندما قام بتحليل أحلامه. (محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ص ١١٩)

ويعكس ما سبق رؤية هيبو قراط الثاقبة فى وجود تأثير نفسى سيئ قاد إلى هذه الحالة المرضية، ولذا فإن الإمساك بتلابيب الحلم ومحاولة (فك شفرته) قد قاد إلى جعل ما هو غير (واضح) واضح ومفهوم وقد إنعكست هذه النظرة النفسية الثاقبة إيجابياً وكان من نتيجتها شفاء برديكاس بعد أن عجز الأطباء وإحتاروا – آنذاك – فى علاجه وكان ينظر فى العصور البدائية القديمة إلى أن الإصابة بالمرض وعدم شفاءه وبالرغم من إستخدام الأدوية الشائعة آنذاك والتى كانت تتلخص فى تقديم وصفة غذائية فيما عرف بإسم **البردية الطبية** وكانت تشمل العديد من الوصفات العلاجية فهى عبارة عن أعشاب نباتية كثيرة الإنتشار مثل نبات : الشعير، الكزبرة، الحلبة، الحمص، والعديسة (أى العدس) .. وكان لكل نبات إستخداماته الخاصة. فالحلبة مثلا كانت تستخدم فى إدرار اللبن وفى علاج بعض أمراض النساء

(خاصة عقب الولادة. وما زالت هذه الوصفة سارية المفعول حتى الآن) إضافة إلى فوائد الحلبة فى إزالة تجاعيد الوجه وتأخير مظاهرالشيب وعلاج الإسهال والصرع.

والتاريخ المصرى القديم يحفل بعديد من البرديات الطبية أشهرها بردية إيبرس Ebers وترجع التسمية هذه إلى مكتشفها وهو العالم الألمانى إيبرس حيث تم العثور عليها فى منطقة الأقصر فى صعيد مصر وهذه البردية ما زالت محفوظة - حتى الآن - فى متحف ليبزج وتضم (٨١١) وصفة طبية، وطول البردية (٢٠) مترا وعرضها نحو ٣٠ سم وتتكون من ٢٢٨٩ سطراً منها ١٢ وصفة مخصصة للأناشيد والأدعية التى يجب أن يقولها الشخص أثناء تناوله هذه الأدوية.

ولا شك أن الإهتمام بالأدعية وطلب الشفاء من الإله يهيئ الفرد نفسيا لكى تتقبل فسيولوجية الجسد لهذا الدواء مما ينعكس إيجابيا عليه فيشفى بإذن الله. (التيجانى الماحى، ١٩٥٩)

وسوف نستفيض قليلا فى هذا الجانب ذلك لأن الإصابة بالمرض تعد من أوائل الأخطار التى واجهت الإنسان منذ بداية الخليقة، فقد إعتبرها الإنسان الأول تهديدا للبقاء. فقد أثبتت دراسة الإنسان الأول أنه كانت له أمراض، وكان يعانى من ألوانا من الأذى، وكان يحاول أن يلجأ إلى الطبيعة للخلاص من ذلك الأذى وتلك الآلام فبدأ يفكر ويتأمل فى التعاسات التى تصيبه. فكرهه منذ البداية فكرة

المرض والموت، وفى فترة من الفترات إعتبر الإنسان المرض نوعاً من أنواع العقاب أو مساً من روح شريرة أو شيطان، وما دام الإنسان قد عزا المرض إلى السحر وغيره من قوى الشر الخفية، فلا جرم أن يحاول ذلك الإنسان التداوى من السحر فأصبح الساحر عنئذ هو طبيب القبيلة. (فرج الهونى، ١٩٨٦، ص ١٥)

ولذا فإن الأمراض العضوية إذا طالت أو إحتار الأطباء - آنذاك - فى علاجها كان يتم اللجوء إلى المعالج وكان غالبا مايكون كاهن أو عراف القبيلة وكان هو المسئول عن إستئصال الأرواح الشريرة التى تلبس الجسم وشفاء الأجسام من تأثير النفوس (المضطربة - غير المستقرة) وكان الكاهن لا يعمل بمفرده بل يساعده أفراد آخرون يختارهم الكاهن وفق أسس وشروط ومعايير. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥، ص ٥ - ١٥)

ولذا فإن كل جماعة إنسانية قد خلقت فى ثقافتها الأساليب والطرق التى تكفل لها سد حاجتها فى علاج أولئك الناس، ولذا فقد ظهر العرافون والمنجمون والسحرة والكهنة عبر العصور ليقوموا بتلك المهمة، كما ظهرت فى كل العقائد أفكار وأساليب مختلفة لعلاج هؤلاء اللذين مسهم الجن أو تلبستهم الشياطين، أو إنعكس ذلك فى تدهور العديد من وظائف الجسم، ومن هنا فقد خلقت هذه الجماعات وعلى مر العصور أساليب التدعيم والإطمئنان، وكان حكماء وفلاسفة العصور القديمة علماء ومنجمون .. ولقد كان هؤلاء

جميعا هم الأجداد والجذور التى إنبثق منها العلاج النفسى المعاصر (خاصة إذا طال أمد المرض الجسمى وفشل الطب فى العلاج فكان لابد من تدخل الكاهن أو العراف لإستئصال الجوانب الإنفعالية المضطربة)، ولعل هذه النظرية المتكاملة (للنفس والجسد) تقدم للشخص فى اللحظات الحرجة والمواقف العصيبة (حين يفشل العلاج الدوائى والطبى والذى يستخدم بمفرده)، ويظهر أثر العراف أو الكاهن حين ينظر إلى الإنسان نظرة متكاملة، ولعل هذا الإيمان بدوره فى الثقافة الشائعة آنذاك كان له دوره فى شفاء المريض (لطفى فطيم، ١٩٩٤، ٣٩)

أما عن العلاج عند **اليونان** قديما فقد ذهب **أرسطو** إلى أن الإنفعالات مثل الغضب والخوف والفرح والبغض والحسد لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها ولكنها تصدر عن مركب نفسى معقد، وأن هذه الإنفعالات السيئة والعنيفة والمزمنة تترك آثارها السيئة علي جميع أجهزة ووظائف الجسم. (مجدى زينة، ٢٠٠٠، ص ٣٥)

كما أن إمبراطور الصين الأصفر (هوانج تى) ومنذ ما يقرب من ٤٥٠٠ عاماً قبل الميلاد يحدثنا عن ملاحظة قد لاحظها وتتبعها عبر العديد من الأفراد، وكأنه قد قسم العينة - بلغة العلم الحديث - إلى عينة تجريبية وأخرى ضابطة، وكان العامل الذى تم ملاحظته هو : تأثير الإحباط على نفسية الأفراد، (حيث كان مثلا يلبي مطالب بعض الأفراد ويرفض مطالب بعضهم الآخر ثم يتابع الحالة النفسية

والعضوية للفرد الذي أجاب رغبته وكذا يلاحظ الشخص الذي رفض طلبه وأحبطه وقد كرر هذا الإجراء كثيرا ومع أشخص متعددين حتي يصل إلي تأكيد أو نفي فكرته) وقد توصل إلى نتيجة خلاصتها : إن الإحباط (وهو عامل نفسى مؤلم) قد يصيب الناس بأمراض عضوية، ولذا فقد أوصى بأن نستكشف رغبات الناس وأفكارهم ونتابعها، وعندئذ سنجد أن من يحوز الروح والطاقة يزدهر وينجح، ومن لا ينالهما يبيد ويندثر.

كما أن **مارتن لوثر** قد أعلن فى أوائل القرن السادس عشر أن "الأفكار ذات الوطئ الثقيل تأتى بالأمراض الجسدية، وأن الروح عندما تضيق بالأمور يشاركها الجسد ضيقها هذا". وقد إنشغل لوثر إنشغالا مرضيا بصحته، إذ كان يعانى من الإمساك طيلة الفترة الناضجة من حياته وكثيرا ما ينشأ الإمساك عن مصادر نفسية. وقد كانت صراعات لوثر الداخلية المؤلمة تدور بين ولائه للكنيسة وخلافه الروحى معها، وكان يشبه تلك الصراعات بما يلقاه من أهوال فى دورة المياه.

وليس هذا فحسب بل، إن الناس قد يموتون حزنا، وأن الحب غير المتبادل والمتفاعل بين الأنا والآخر قد يؤدى إلى المرض، وأن الخوف والغضب قد يصيبان المرء بالتلف، وعند بداية القرن التاسع عشر شرح الطبيب النفسى "**بيركا بانيس**" المفهوم القائل بأن النزوات القوية "يمكن أن تؤدى إلى المرض" وحدث ذلك فى أثناء الثورة الفرنسية، فدعى

(كابانيس) إلى تبنى المسلك النفسجسمى ن لإصلاح الطب وان هذا التبني سوف يؤدي إلي تحقيق نتائج جد إيجابية ونحن نتعامل مع الآلام الانساني حين ننظر إليه ككل وليس كأجزاء منفصلة. (هوارد، مارثا لويس، ١٩٧٥، ص ١٩)

ويرجع البعض الفضل إلى **هنرث** وتحديدا عام ١٨١٨ والذى ساهم فى صك مفهوم الأمراض السيكوسوماتية أو النفسية الجسمية Psychosomatic عندما كان يتحدث عن الأرق فى الأمراض السيكوسوماتية، فالمريض يكون قد فقد توافقه Maladjusted ومن هنا فإنه بهذه الملاحظة قد فتح مجال البحث والملاحظة للحديث عن (وزن أثر) العوامل النفسية فى إحداث الأمراض الجسمية. وسوف نذكر فى عجالة بعضا من هذه الإجتهادات : -

أ - يرى **دونالد ليرد والبانوريد** أن العقل قد يساهم فى إحداث العديد من صور العلل البدنية Body ailments ، **فالأفكار السيئة** تثير الإنفعالات المؤلمة والتى بدورها (أى الإنفعالات) تؤثر فى وظائف البدن. فالغضب يجعل المعدة دائما متهيجة ويكون ذلك بداية الإجهاد والإنهاك لأجهزة ووظائف الجسم، وعندما تستمر هذه الإنفعالات تنتج العديد من صور التغيرات السيئة فى أعضاء الجسم، ولذا فإن العقل يؤثر فى البدن أكثر من تأثير البدن فى العقل.

ب - يذهب **الفرد مارو** Alferd Marrow إلى أن الأمراض السيكوسوماتية تحدث نتيجة للشدة أو الضغط المستمر الذى يتعرض له الفرد، وأن هذه الأمراض تنتج فى

الأساس جراء مؤثرات عصبية تنهك أعضاء الجسم وتؤثر تأثيرا سلبيا عليه.

جـ - فى يذهب البعض إلى أن سبب هذه الإضطرابات هو الصراع النفسى. فلآلام التى يعانى منها البشر ليست لها أسس عضوية بمعنى أنه لا تأتى من الخارج عن طريق الجراثيم التى تسبب هذه الإصابة الداخلية، بل إن الصراعات التى كان يعانى منها المريض، وعدم حسم هذه الصراعات قد أثرت تأثيرا سلبيا وإنعكس ذلك فى جملة المتاعب الصحية التى يعانى منها الفرد الآن.

ومن الجدير بالذكر أن هذه النظرة لقت إعتراضا لإتجاه ساد فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر وخلاصته ظهور ما يسمى بأنصار **النظرية البكتيرية** فى تفسير الأمراض، وخلاصة هذه النظرية أن الطب يجب أن يركز جُلَّ إهتمامه إلى التعرف والتتبع لأثر الجراثيم التى يمكن أن تحدث العديد من صور الأمراض، وأن هذه الجراثيم تزدهر مع تهيئة ظروف فى البيئة الخارجية، ويجب أن يذهب الإهتمام إلى كشفها بدلا من البحث عن (عوامل لا نستطيع الإمساك بها) تحدث داخل الفرد.

ومن الجدير بالذكر أن هذه النظرية قد لقيت دوراً جد هام فى إهمال الدور الذى تلعبه العوامل النفسية فى إحداث الإضطرابات الجسدية وصرف الأنظار قليلا عن تتبع هذه العلاقة جد المعقدة والمتشابكة بين النفس والجسد.

د - فى حين ركز برنارد رس Barnard reiss إهتماماً

كبيراً لدور البيئة فى إحداث هذه الإضطرابات، فالإضطراب يعبر عن نفسه من خلال إصابة البدن، ولذا فإن الإصابة بقرحة المعدة المعوية قد تكون عرض أو نتيجة مترتبة على الحالة النفسية السيئة.

هـ فى حين أولى **ايزنك** Eysenck. H الإهتمام الأكبر للأحداث السيكولوجية وما تسببه من إضطرابات جسمية معينة.

و – فى حين أن **انستازى وفوللى** Anistasisa & Foley ينظران إلى أن الحالة النفسية السيئة هى السابقة، والإضطرابات الفسيولويجة نتيجة لها أو لاحقة عليها.

ز – فى حين أكد **أندرسون وتريثون** Anderson & Trethown على أن الإضطراب الإنفعالى غالبا ما يكون عاملا مهيئا، وقد لاحظ أن مرضى روماتيزم المفاصل – مثلا – يسبق إصابتهم بهذا المرض حالة من الإكتئاب المستمر. (محمود السيد أبو النيل، ١٩٩٧، ٧)

حـ – فى حين أن أهم دراسة أجريت فى هذا الصدد تلك الدراسات التى إنطلقت من مدرسة **التحليل النفسى وأنصارها** وخاصة تلك الأبحاث التى قام بها **الكسندر** ومدرسة **شيكاغو**، ومساهمتهم الرائدة فى هذا الإتجاه. فقد تم دراسة (قرحة المعدة) على سبيل المثال وينحصر هذا العصاب فى حقيقة أنه إضطرابات مزمنة أو حتى (مجرد) تصفية له، بل هو المصاحب الفسيولوجى له، وأنه يصيب مرضى – أو أشخاص – يكون التحليل النفسى الدينامى

لهم أنهم يحتاجون إلى أن يحبهم الآخرون، وأنهم من أجل ذلك يعانون. إنه الجوع إلى الحب، والحاجة إلى التواجد فى حضرة الآخر الذى يمنح الذات (المريض) الحياة والإحساس بالقيمة، وأن الإقتصار إلى ذلك يجعل هؤلاء الأفراد (المرضى فيما بعد) يشعرون بمشاعر الإثم أو الخزى، وبالتالى تظل هذه (الحاجات الإنسانية) لديهم محرومة من الإشباع، ولما كانت هذه الحاجة وثيقة الصلة بالرغبة فى التغذية، وهى أول موقف يشعر فيه الطفل بإرضاء حاجته إلى حب أمه له وعنايتها به، فإن الحاجة المزمنة إلى الحب يمكن أن تنبه النشاط الحركى والإفرازى للمعدة. ومن هنا تكون (أعراض المعدة المؤلمة والمتقلبة) ما هى إلا الأحداث الفسيولوجية للإنفعال وليست بديلا عن الإنفعال، ولذا فإن مثل هذه الأعراض قد تختفى (بل تختفى بالفعل) بمجرد أن يشعر المريض أنه قد أشبع الحاجة إلى الحب، وبدا الآخرون فى العناية والإهتمام به (وهو ما يحدثنا عنه التحليل النفسى فى المكاسب الثانوية التى تعود على الفرد من المرض).

وقس على هذه الحالة إمكانية نشوء العديد من الأمراض الوظيفية العديدة من خلال تفاعل الحيل النفسية والفسيولوجية فى كافة ميادين علم الأمراض. بل إن تطور الأمراض المعدية يمكن أن يتعزز بالإنفعال وإنقباض الشرايين. (**دانييل لاجاش**، ١٩٧٩، ص ص ١٤٨ - ١٤٩)

(Staf Ford, 1959, P. 149)

وليس هذا فحسب بل إن مدرسة التحليل النفسى تطرح

العديد من التساؤلات التى دفعت خطوات البحث قدماً فى هذا الإتجاه والتى تؤدى فى نهاية الأمر إلى كشف غموض العديد من الجوانب فى الإضطرابات السيكوسوماتية مثل طرحها هذا التساؤل : ما الذى يجعل شخصا ما يصاب بمرض بعينه دون بقية الأمراض، وبمعنى آخر هل تختار الشخصيات الفردية أمراضا سيكوسوماتية معينة حتى تمرض بها وتقع صريعة لها؟ وهل المرض يختار ضحاياه أم أن الضحايا هم اللذين يختارون الأمراض التى تتفق مع طبيعة ونمط شخصياتهم وعاداتهم وطقوسهم في الحياة اليومية؟!

فى الواقع أن الدراسات والملاحظات الإكلينيكية قد أكدت على الآتى : -

١ - إن تكوين الشخصية هو الذى يحدث ذلك إلى حد ما.

٢ - إن سمات الشخصية تجعل الفرد مهيئا - دون غيره - إلى إختيار المرض الذى يتفق مع هذه السمات (أى لا عشوائية لا فى السلوك ولا حتى فى إختيار المرض).

٣ - إن أى مرض سيكوسوماتى يصاب به الفرد له مكوناته الإنفعالية الخاصة به.

٤ - إن الجهد النفسى والمعاناة لفترة طويلة من الإنفعالات السيئة قد يقود إلى إنهاك قوى الفرد النفسية مما ينعكس ذلك سلبا على (مسرح الأحداث الداخلية للفرد).

٥ – إن لكل مرض دلالاته النفسية المحددة. فمثلا الإصابة بالإلتهاب الجلدى لدى بعض الأفراد يشير إلى إحتياج مثل هؤلاء الأشخاص إلى الملامسة الجسدية من قبل الآخرين (وهو إحتياج نفسى يختلف عن إحتياج الأفراد المصابين بقرحة المعدة .. وهكذا).

٦ – إن التعامل مع الأعراض الجسدية فقط لا يفيد بدليل أن الإعتماد وفقط على الجانب العضوى أدى إلى وصف هؤلاء المرضى بأنهم علاج أصحاب (الملفات الضخمة) نظرا لما تحتويه من فحوص وتحاليل وأدوية دون أن تجدى أثر وأن (فهم) دلالات الأعراض يؤدى إلى الشفاء التلقائى (لأننا نكون قد تعاملنا مع العرض وليس مع المرض).

٧ – إن الأمـراض السيكوسوماتية لا تحدث نتيجة لإنفعالات مكبوتة منذ فترة الطفولة ولكن لتفاعل جملة من عوامل إنفعالية راهنة أحدثت هذا الإضطراب.

(مصطفى زيور، ١٩٨٦؛ Sills, 1985, P. 155)

ولا يقتصر الحديث عن موضوع العلاقة بين النفس والجسم على الإجتهادات السابقة بل نجد أن القرآن الكريم قد تعرض لهذه العلاقة فى **سورة يوسف** إذ أدى غم وحزن سيدنا يعقوب على فقدان إبنه يوسف إلى تغير لون عينه ومعاناته من الإضطراب فى الرؤية أو كف لها (وتولى عنهم وقال يأسفي علي يوسف، وأبيضت عيناه من الحزن فهو كظيم) (سورة يوسف، آية ٨٤)، ويواصل القرآن حديثه عن التغيرات الإيجابية التى حدثت فى نفس سيدنا يعقوب

بعد أن علم أن إبنه يوسف ما زال حيا يرزق، وسرعان ما إنعكست هذه الحالة النفسية (الطيبة الإيجابية) على نفسيته فعادت إليه الرؤية وتحسنت أموره.

ولكن ما هو دور العرب فى مثل هذه العلاقة الجدلية بين النفس والجسد؟

أبحاث ودراسات العلماء العرب فى مسألة العلاقة بين النفس والجسد : –

يذكر التاريخ أن العرب كان لهم فضل السبق فى هذا الأمر، وسوف أكتفى بذكر بعضا من هذه الإسهامات.

أ – **ابن قيم الجوزية** أرجع الصداع إلى العديد من الأسباب أهمها العوامل النفسية، وأن هناك علاقة مباشرة بين الصداع كألم جسمى وبين الأعراض النفسية كالقلق والغم، وهو بهذا يؤكد هذه العلاقة، ولذا فإنه يؤكد الحقيقة التى سبق أن ذكرناها من أن التركيز فقط على الأعراض الجسمية وعلاجها لا يجدى بل لابد من أخذ العوامل النفسية فى الإعتبار. (ابن قيم الجوزية، ١٩٥٧)

ب – فى إحدى القبائل القديمة ذبح شيخ إحدى القبائل، ودارت الشكوك حول خمسة من الرجال قد أصابهم منه ضررا فى الماضى .. وكانت المشكلة : كيف يتم تحديد (المذنب) من بين هؤلاء الخمسة؟

ولإكتشاف المذنب قام الطبيب العراف Witch بإقامة إحتفال كبير وأحضر الخمسة أفراد ووسط دقات الطبول المنتظمة .. أخذ التوتر يظهر لدى الرجال اللذين وقفوا أمام

القبيلة وكانت ظهورهم للنهر. وقد وضع العراف أمام كل رجل (من اللذين دارت حولهم الشبهات) كوما من الأرز مطبوخا، وقبل أن يطلب منهم إلتهام الأرز الذى أمامهم خطب فيهم عن الظلم والجور الذى وقع بإغتيال رئيس القبيلة، وعن قدرة السحر فى إكتشاف القاتل، وأن الشخص الذى قام بهذا الفعل الإجرامى لن يستطيع أن يبتلع حبات الأرز المطهية (رغم سهولة بلعها) وأن هذه الطريقة جيدة فى إكتشاف المذنبين وأنه قد جربها من قبل وقد أثبتت فاعليتها ثم قام بعرض أطباق الأرز على المتهمين بطريقة مسرحية. وقال : أنظر Look وشاهد Behold فتقدم أربعة منهم لأكل الأرز دون أن يظهر عليهم علامات خارجية للسرور أو الرعب. أما الخامس فبوجه ترابى وبصعوبة وقف على رجلين مرتعدتين، وأخذ يحرك فكيه بصعوبة وبلا جدوى حاول إبتلاع بعض حبات الأرز دون نجاح ..

وفى النهاية لم يجد مناصاً سوى الإعتراف بقتل رئيس القبيلة.

(محمود أبو النيل ١٩٩٤، ص ١٦)

وهنا نجد كيف أن العراف قد إستطاع بإستخدام العديد من الحيل والطرق محاولة إكتشاف ما هو نفسى والمواري خلف الصدور إلى أن يجعل المجرم الحقيقى يعترف بجريمته وسط أعضاء وأفراد القبيلة ومن خلال علامات (جسدية) واضحة تمثلت فى : صعوبة البلع، وظهور علامات القلق، وإرتعاد القدمين وإرتعاشاتهما، وصعوبة السير أو حتى

القدرة على إلتقاط حبات الأرز، وكذا صعوبة البلع .. وهى كلها علامات تدل على تداخل كل ما هو نفسى مع ما هو عضوى.

جـ - جاء فى كتاب **ابن سينا** (الأصل والعودة) واقعة علاج أوضحت بجلاء تداخل ما هو عضوى مع ما هو نفسى. والأمر بإختصار إذ كانت المريضة عبارة عن جارية تعمل فى بلاط الملك وكانت منحنية لأسفل لحمل الأكواب أو الأطباق فأصيبت فجأة بما يسمى بروماتيزم مفاجئ فى المفاصل وجعلها غير قادرة على أخذ الوضع الطبيعى فى الوقوف، وتم إستدعاء العديد من أطباء الملك ومحاولة إعادتها إلى حالتها الأولى (قبل الروماتيزم المفاجئ) ففشلوا جميعا (لأن الجميع قد ركز على الجانب الجسمى ولم يعر إهتماما للجانب النفسى) وتم إستدعاء ابن سينا لعلاج هذه الحالة. وبالفعل عرف كافة المحاولات العلاجية التى قام بها من سبقوه. وهنا فطن إلى حقيقة المرض وإلى الجانب النفسى المستتر خلف هذه الأعراض فماذا فعل؟ جعل من إنفعال الخجل أحد أهم أدواته المساعدة فى العلاج وبدأ يرفع ملابس الجارية بادئ بالبرقع حتى الخمار .. وهكذا حتى شعرت المريضة أن (ابن سينا) سوف يرفع عنها كافة ما ترتديه من ملابس فأدى ذلك إلى إستثارة إنفعال الخجل لديها فأنتج ذلك وهجا من الحرارة أوقف المزاج الروماتيزمى .. وإزاء ذلك إستطاعت المريضة أن تنهض واقفة على قدميها معتدلة كاملة الإعتدال لكى تمنع (ابن سينا) من مواصلة تعريتها أو تجريدها

تدريجيا من ملابسها (محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ١٧)

وواضح من فهم وحدس ابن سينا للعوامل النفسية التى تكمن خلف هذه الحالة. فالحالة مظهرها جسدى، إلا أن فشل العلاجات الجسمية فى حد ذاتها وبمفردها يستدعى ضرورة إستخدام أساليب علاجية أخرى (نفسية) تكون هى الأساس والعوامل المساعدة فى الشفاء وهذا ما لجأ إليه ابن سينا وبالتالى كان الشفاء. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٧)

د - ذهب **ابن عيسى المجوسى** فى كتابه (كامل الصناعة الطبية) إلى إستخلاص العديد من الحقائق النفسية والطبية ومن خلال تراكم خبراته بالحالات المرضية إلى ذكر قاعدة أساسية خلاصتها : إن الأمراض النفسية كالغم والغضب والهم والحسد .. إلخ تغير المزاج ويؤدى ذلك (أى تغير المزاج) إلى إحداث تغيرات فى البدن تقود فى نهاية الأمر إلى إنهاكه وتولد هذه الحميات الرديئة أى الأمراض التى تأخذ ظاهريا شكل عضويا إلا أن حقيقتها فى نهاية الأمر تعود إلى عوامل نفسية وما لم يتم التعامل مع الجوانب الإنفعالية السيئة فلن تتحسن الحالة.

هـ - الطبيب **الرازى** العظيم والفطيم قد ذكر فى كتابه القيم (أخلاق الجلالى) إلى بيان حقيقة تداخل العوامل النفسية مع العوامل الجسدية فى إمكانية إحداث حالة سيئة فى البدن ومن أشهر محاولاته العلاجية الناجحة فى هذا الصدد أنه قد تم إستدعاؤه إلى (ترانسواكسيانا) ليعالج الأمير منصور الذى كان يشكو من بعض الأمراض

الروماتيزمية فى مفاصله. وقد فشلت جميع جهود الأطباء اللذين سبقوه فى هذا الأمر وأن إستدعاءه للعلاج قد جاء بعد فشل أطباء القصر وغيرهم من الأقربين إليهم فى البلد، ولما دخل الرازى بخارى بلد الأمير جرب طرقا عديدة لعلاجه دون أن يتوصل إلى نتائج ملموسة وقال له آخر الأمر (حين إستشف أن تأخر العلاج يرجع إلى التركيز على العوامل الجسدية دون الأخذ فى الإعتبار العوامل النفسية السيئة التى تفاعلت داخله) قال للأمير : سأجرب غدا طريقة جديدة ولكنها ستكلفك خير حصان وخير بغل فى حظيرتك. وفى اليوم التالى ركب الرازى والأمير وذهبا إلى حمام ساخن (خارج مدينة بخارى - بلدة فى إيران حاليا) وربط الحصان والبغل خارجه ثم دخل الحجرة الساخنة وحده مع مريضه الذى وضعه تحت الماء الساخن عدة مرات وسقاه جرعة تنضج فيه الأخلاط التى فى مفاصله. ثم خرج الرازى ولبس ثيابه، ثم عاد ودخل مرة أخرى على الأمير الرابض فى الحمام الساخن وفى يده سكين ووقف برهة يسب الأمير قائلا : لقد أمرت أن أقيد وأن ألقى فى القارب متآمراً بذلك على حياتى وإن لم أقتلك عقابا لك على ذلك فلست محمد ابن زكريا، فغضب الأمير غضبا شديدا وثارت ثائرته وهب واقفا على قدميه مدفوعاً بالغضب من جهة والخوف من أن يقتل من جهة ثانية. فأسرع الرازى هاربا .. وبعد فترة أرسل إلى الأمير منصور رسالة أخبره فيها بفنياته العلاجية الناجحة والتى قادت فى نهاية الأمر إلى شفائه قائلا : إنه

عمد للعلاج النفسى ولما تعرضت الأخلاط الفاسدة لحرارة الحمام الساخن إلى الحد الكافى أثرتك عامدا حتى أزيد من حرارتك الطبيعية، وبذلك إكتسبت من القوة ما يكفى لإذابة الأخلاط التى كانت قد لانت .. إلخ. (محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ١٢٤ - ١٢٥)

ويتضح أن ميكانيزمات العلاج التى لجأ إليها الرازى تشابه إلى حد كبير تلك التى إستخدمها ابن سينا فى علاج الجارية. إذ بعد التأكد من فشل (كل العلاجات الجسدية) لجأ إلى العلاج النفسى .. وقد أرسل شرحاً لهذه الفنيات إلى الأمير حين قال له لقد أثرتك (بالسب + التهديد بالقتل) وأننى لم أجد مناصاً سوى اللجوء إلى العلاج النفسى حتى يحدث التأثير العلاجى المطلوب لحالتك.

و - ونختتم جهود العرب فى فهم العلاقة الجدلية بين ما هو جسدى وما هو نفسى وصعوبة الفصل بينهما إلى (محاولة علاجية ناجحة) قام بها **ابن سينا** وقد ذكرها فى كتابه العظيم القانون. ففى القسم الخاص بالحب والذى يصنف ضمن الأمراض العقلية أو المخية والأرق والنسيان والهوس والخوف والملانخوليا وما شابه ذلك ذكرت الحادثة التالية : فعندها هرب ابن سينا من محمود العزنوى متنكراً إلى مدينة هابركانيا عن طريق نهر كاسبيان ووجد أحد أقارب حاكم ذلك الإقليم مريضا بمرض حير كل الأطباء والمعالجين آنذاك، وفحص ابن سينا المريض بعناية وطلب أن يأتى معه بعض ممن يعرفون أحياء المدن والمدن الموجودة

بالإقليم وقاموا بذكر أسمائها بينما ابن سينا واضعا يده على نبض المريض. وعندما ذكر إسم مدينة معينة شعر بزيادة فى نبض المريض. وفى الحال قال ابن سينا : إنى فى حاجة لبعض ممن يعرفون كل البيوت والشوارع والأحياء فى هذه المدينة، ومرة أخرى وجد زيادة فى نبض المريض عند ذكر إسم شارع معين، كذلك إرتفع النبض عند ذكر منزل معين وذكر قاطنيه .. فقال ابن سينا : إن هذا الشاب واقع فى حب بنت تسكن فى ذلك المنزل من ذلك الشارع من ذلك الحى من تلك المدينة وإكتمل علاج الشاب بزواجه منها فى ساعة حددها ابن سينا. (محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ص ١٢٦)

ولذا يتضح مع كل ما سبق أهمية تداخل الجانب النفسى مع الجانب الجسدى ولذا فإن البحث السيكوسوماتى منذ نشأته قد إتخذ إتجاهين أساسيين هما :

الأول : هو محاولة تحديد المتغيرات السيكولوجية التى يفترض أنها تكمن وراء العلل الجسمية، ولقد إستوحى هذا الإتجاه نظرية التحليل النفسى وإزدهر بقيادة (فرانز ألكسندر) وتحديداً عام ١٩٥٥ومازال هذا الاتجاه سائداً حتي الآن.

الثانى : المحاولة عن طريق الدراسات المعملية والوبائية لإكتشاف العلاقات الإرتباطية بين المواقف المثيرة إجتماعيا والإستجابة السيكولوجية لها عند الفرد والتغيرات التى تطرأ سواء فى وظائف فسيولوجية معينة أو فى الحالة الصحية

عموما مثل : فقدان العمل وبين حدوث المرض وبداية ودرجة شدته، ومثل هذا الإتجاه "هارولد وولف" ومساعدوه فى جامعة كورنل. (لطفى فطيم، ١٩٧٩، ص ١٢٢)

ولإيضاح ما سبق إتضح أن العديد من الأمـراض العضوية الخطيرة مثل السرطان بها عوامل نفسية، وأن تجاهل هذه العوامل النفسية والإقتصار فقط على التركيز على العلاج الطبى (الجسدى) لن يؤدى إلى الشفاء وأن الأبحاث العديدة قد كشفت وجود علاقة أكيدة بين الحالة الإنفعالية الشديدة والتعرض للإصابة بالسرطان، وأن التأثير المباشر والعلاقة السببية بين السرطان والعوامل النفسية من العوامل التى حاولت البحوث أن تكشف عن حجم تأثيرها، ولعل دراسة Patel من الدراسات الجادة التى ربطت ما بين الإصابة بالسرطان والعوامل النفسية خاصة الضغوط والصدمات والمشقات التى يتعرض لها الفرد ويفشل فى التعامل معها. (Patel, 1991)

وغيرها من الدراسات : أنظر : (محمود أبو النيل ١٩٩٧، ص ص ٦ – ٢٩)؛ (نجية إسحق، رأفت عبد الفتاح، ١٩٩٥)، جاسم الخواجه، ٢٠٠٠،ص ص ٢١٥ – ٢٢٤)؛ (Nwoye, 1998) .

ولذا فإن العوامل النفسية التى تكمن خلف العديد من الإضطرابات والأمراض الجسدية قد بدأ يعترف بها ولا شك أن هذه النظرة (المتكاملة) فى التعامل مع الجسد + النفس يقود إلى الشفاء.

والخلاصة :

أن العلاقة بين النفس والجسد علاقة قديمة وأن الميل - كما هو حادث الآن - أى الفصل بين كل ما هو جسدى وبين كل ما هو نفسى ما هو الا خطأ يؤدى إلى تجزئة الكائن وتحويله إلى (جزر منعزلة) وهذا لن يحقق أبدا الفهم الكامل للإنسان لأنه مهم، والمفترض أن تكون (التجزئة) تتم بشكل نظرى نفعله حين نقوم بالشرح أو التوضيح لجزء من أجزاء الإنسان.

وهذا ما لفت نظر العلماء فى الوقت الراهن. بل إكتشفوا أن كثيراً من الأمراض حتى وإن أخذت شكل عضوياً إلا أن العوامل النفسية تكون البطل والأساس الذى يحرك الأحداث ويقودها إلى المرض أو إلى الشفاء ولذا لابد من أخذ العوامل النفسية فى الإعتبار بل تم التنبيه مؤخرا على الأطباء بضرورة مراعاة الحالة النفسية للمرضى وأن (المقابلة) لا تحتوى فقط على الفحص والتشخيص بل لابد من أخذ الحالة النفسية للمريض فى الإعتبار والإهتمام به وبث الأمل والسعادة لديه حتى ينعكس ذلك إيجابيا على نفسية المريض فتتحسن حالته ونحن نعلم أنه يوجد تياران فى إخبار المريض بحالته : -

الإتجاه الأول : ويميل أنصاره إلى ضرورة مكاشفة ومصارحة المريض بحالته (مهما كانت).

الإتجاه الثانى : ويميل أنصار هذا الإتجاه إلى بث الأمل فى نفس المريض مهما كانت حالته ميئوس منها ولعل عبارة

(أنت زي الفل) من أكثر العبارات التي يرددها أنصار هذا الاتجاه حتي وأن كانوا يعلمون ان المريض سوف يغادر الحياة بعد دقائق (وفقا لمعطيات طبية محددة).

وعموماً فأن النتائج قد أكدت أن الإتجاه الثانى يكسب أرضية وثقة لأنه يبث الأمل فى نفس المريض ويراعى حالته الإنفعالية.

إن كل ما سبق يحتم علينا أن نتناول (الإنفعالات) بصورة أكثر وضوحاً. وهذا ما نحاوله فى الفصل القادم.

مراجع الفصل

أولاً : المراجع العربية :

١ – ابن قيم الجوزية (١٩٩٧) : **الطب النبوى**، مطبعة دار إحياء الكتب العربية، القاهرة.

٢ – التجانى الماحى (١٩٥٩) : **العرب والطب**، القاهرة، دار المعارف سلسة إقرأ.

٣ – جاسم محمد الخواجة (٢٠٠٠) : **علاقة الضغوط النفسية بالإصابة بالسرطان**، دراسات نفسية، مج ١٠، ع٢، إبريل، رابطة الإخصائيين النفسيين، ص ص ٢١٥ – ٢٤٤.

٤ – دانييل لاجاس (١٩٧٩) : **المجمل فى التحليل النفسى**، ترجمة مصطفى زيور، عبد السلام القفاش، مكتبة الدراسات النفسية والإجتماعية، القاهرة، دار المعارف.

٥ – صبرى جرجس (١٩٦٧) : **من الفراعنة إلى عصر الذرة – سطور فى قصة الصحة النفسية فى مصر**، القاهرة، دار الكاتب العربى للطباعة والنشر.

٦ – فرج الهونى (١٩٨٦) : **تاريخ الطب فى الحضارة العربية الإسلامية**، ليبيا، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع.

٧ – لطفى فطيم (١٩٧٩) : **العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية**، دكتوراه غير منشورة، بنات عين شمس.

٨ – لطفى فطيم (١٩٩٤) : **العلاج النفسى الجمعى**، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٩ - مجدى زينة (٢٠٠٠) : **دراسة فى علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية، بأحداث الحياة لدى المتضررين فى حرب الخليج الثانية**، دكتوراه غير منشورة آداب عين شمس.

١٠ - محمود السيد أبو النيل (١٩٩٤) : **الأمراض السيكوسوماتية فى الصحة النفسية**، بيروت، دار النهضة العربى.

١١ - محمود السيد أبو النيل (١٩٩٧) : **العوامل النفسية فى مرض السرطان**، مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد ٤٣، ص ص ٦ - ٢٩.

١٢ - محمد حسن غانم (٢٠٠٩ - أ) : **إتجاهات حديثة فى العلاج النفسى**، القاهرة، مدبولى للنشر والتوزيع.

١٣ - محمد حسن غانم (٢٠٠٩ - ب) : **العلاج النفسى الجمعى بين النظرية والتطبيق**، الإسكندرية، المكتبة المصرية.

١٤ - مصطفى زيور (١٩٨٦) : **بحوث مجمعة فى النفس**، بيروت، دار النهضة العربية.

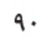
١٥ - منجر مندوليف (١٩٩٦) : **أضواء الطب النفسى على الشخصية والسلوك**، ترجمة محمد أحمد غالى، القاهرة، مطبعة القاهرة الحديثة.

١٦ - نجية إسحق، رأفت عبد الفتاح (١٩٩٥) : **دراسة فى أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان**،

مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد ٣٣.
١٧ – هـوارد & د. مـارث لويس (١٩٧٥) : **النفس والجسد**، ترجمة محمد عماد فضل، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

18 – Newicye, A (1998). **The theorg and practice of African grief therapy**. in : Madus. N. and Baguman, P.K (eds.) inqest for psychotger rapy for modern African : Sovenga, South Africa.
19 – Slls, D (1985) : **international Encycloopedia of the social sciences**, vol (13). No (4), the Macmillan Co many and the Free Press.
Stafford, C (1959) : Psychiatry to day, A pelican Book.



الفصل الرابع
الإنفعالات والإضطرابات السيكوسوماتية

محتويات الفصل

الفصل الرابع

الإنفعالات والإضطرابات السيكوسوماتية

مدخل إلي الانفعالات : -

في كتابهما : مشكلات الحياة الإنفعالية لكل من : سير جيون انجلش، وجيرالد بيرسون (١٩٥٨) يركزون على الحقائق الآتية : -

* إن حاجة الحضارة إلى العقل والمنطق كبيرة وتحتاج إلى ضبط للغرائز والإنفعالات.

* بيد أن الحروب التى تنشب من آن لآخر (سواء أكانت عالمية أم محلية) تجعلنا لا نثق تمام الثقة فى إمكانية الإنسان فى السيطرة على إنفعالاته.

* إن طب الجسم قد تقدم حين إستطاع أن يحافظ على أداء الجسم لوظائفه بإستخدام أفانين الجراحة المعقدة، والتعرف على (الفيروسات والجراثيم) التى من الممكن أن تغزو الإنسان وتدمره.

* بيد أننا فشلنا فى أن نضع أيدينا - فى يسر - على سر الحياة الأكثر صحة وسعادة وثراء وغنى ذلك لأننا نناضل دائما نضالا قلقا من المهد إلى اللحد حتى ننعم بدرجة من النجاح قبل أن يفزعنا المرض أو الإنفصال أو الموت.

* وقد تعددت صور ووسائل العلاج بعضه قال به الأطباء، والبعض الآخر قال به الأدباء والمفكرين وأصحاب الخبرات الطويلة فى الحياة.

* لكن المؤلفان يؤكدان في ثقة أن (فرويد) هو أول من وضع تخطيط لأسس تطور الشخصية الإنسانية ووضع فاعلة للعلاج - وقد عدل - بمضى - الزمن من آرائه الأصلية إلى حد ما، وتناول تلاميذه وزملاؤه آراءه بالتعديل والمراجعة.

* ولذا فقد ركز فرويد على البدايات الأولى للإنسان - والحالة الإنفعالية وكيف أنها تترسب لسنوات طويلة فى أعماق النفس الإنسانية وتترك آثارها الضارة على الحالة الجسمية أيضا وربما جزء من الهجوم على فرويد أن كثير من البشر يهربون من ماضيهم ولا يريدوا أن يتذكروا (الصدمات الإنفعالية) الحادة والمؤلمة التى مرت بهم.

* وفرويد - كطبيب - حين وجه إنتباهنا إلى الحياة المبكرة للفرد ومضى بأفكارنا إلى حاجات الوليد الإنسانى فإنه قد أسهم بذلك إسهاما لاشك فيه فى التقدم الإنسانى، وعلى أى فإن الناس لم ترغب فيما قال فرويد وكرهوا أن يذكرهم بطفولتهم وبدوافعهم الإجتماعية وتمنوا لو أنه لم يقل عنها شيئا ولكن التحليل النفسى أخذ فى الإنتشار وتغلغل فى الكثير من فروع العلم والمعرفة (بالرغم من وجود (معارضين ورافضين له) لدرجة أن بعض الجامعات في بعض بلدان عالمنا العربي تعتبر أن مجرد (ذكر اسم فرويد) يعد زندقة وكفراً) .

* ولذا على الأطباء أن يدرسوا سلوك الإنسان بعناية ما وسعهم ذلك ليس فقط ليشفوا المصابين بإضطراب فى

المعدة أو عسر فى الهضم مثلا وعلى الطبيب أن يقضى وقتا طويلا فى دراسة الشخصية الإنسانية وما يدور بداخلها من صراعات وإنفعالات، ومعرفة تأثير هذه الإنفعالات فى الحالة الجسمية.

* إن الإنسان قد ضل طريقه نحو تحقيق أهدافه فى الصحة والسعادة ولابد أنه عرف نقطة إنطلاقه الحقيقية نحو ممارسة حرة لقدراته من أجل السعادة واللام والجهد الخلاق شخصيا وإجتماعيا بل أصبح خائفا حائرا شاكا نهبا للصرا ع والخلط وبالتالى تعذر عليه أن يعمل وأن يخلق - فى بساطة - وأصبح جسمه وعقله أيضا - مصدرى ألم له .. وفى هذه الحالة يصبح الفرد مريضا نفسيا.

* وأن الإنسان بطبيعته - يعيش فى نضال وصرا ع .. وعلى الفرد - رغم كل ما سبق - أن يحاول حل الصرا ع، وأن يناضل ويؤمن حياته وحياة نوعه ضد كل هذه القوى المعادية ويتوقف بكاؤه على نجاحه فى معركة هذا النضال حتى ينمو بجسده ونفسه وعقله من (أتـون) الإنفعالات السيئة.

وتلعب الإنفعالات دوراً جد هـام فى إصابة الفرد بالإضطرابات السيكوسوماتية، وأن فشل الفرد فى العلاج (إعتماداً على العلاج الدوائى - الجسمى) وفقط، بيد أن فهم الأسباب النفسية التى تكمن خلف الأعراض يعجل بالشفاء، وهذا ما فطن إليه الأقدمون سواءا فى الحضارة الهندية إلى الصينية أو حتى العربية وأن الطبيب يجب أن يكون (كليا)

فى نظرته إلى الأمور، خاصة بعد أن تم التوصل إلى حقيقة مؤداها : أن غالبية الأمراض المزمنة العضوية من : سرطان، ضغط، سكر، قلب .. إلخ لها أساس نفسى.

لكن ما هو الإنفعال :

أولا : تعريف الإنفعال فى موسوعة علم النفس والتحليل النفسى (١٩٩٣)

تفرق الموسوعة بين تعريف الإنفعال Emition وبين الإنفعال الزائد. Hyperthymia

فالإنفعال هو إستثارة وجدان الفرد وتهييج مشاعره. وهو أمر متعلق بحاجات الكائن الحى ودوافعه. كإنفعال الخوف المرتبط بالرغبة فى تفادى كل ما يهدد الكائن أو يضر به وإنفعال السرور الذى يصحب كل ما يشبع للفرد دوافعه ويحقق له الحماية والبقاء والسلامة.

والإنفعال الزائد : هو حالة من الإنفعال الزائد تصيب الفرد فترفع حدة إنفعاله وتجعله سهل الإستثارة الإنفعالية مفرطها، وقد تكون هذه الحالة مؤقتة ومرتبطة بظرف معين أو لحظة معينة، أو تكون دائمة تكون سمة إنفعال وتوتر الفرد بصفة عامة فى معظم المواقف والظروف وكأنها سمة خالصة تميزه (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ص ١٢٨).

ولذا سوف نركز فى هذا الفصل على الإنفعالات ودورها فى إحداث الإضطرابات السيكوسوماتية.

الإنفعالات Emotions

مدخل إلى الإنفعالات :

تعد الإنفعالات من أكثر الموضوعات إثارة للجدل ذلك لأن الإحساس بالقوة، والثقة بالنفس، والتفاؤل، أو حتى الإقدام على الإنتحار، أو العكس أي من خلال الشعور بالسرور والفرح والإنشراح، بل إن مسألة كيفية التعبير عن المشاعر، وهل ما تشعر به (داخليا) تستطيع أن تعبر عنه خارجيا وما هو الموقف بالنسبة للأشخاص القادرين على (إخفاء) مشاعرهم وإنفعالاتهم الداخلية من أهم القضايا والملاحظات التي يجب أن نوليها جُلّ اهتمامنا كعلماء .

(Maerr, D, 1995, p:433)

ولذا يرى البعض أن الإنفعالات تمثل بعداً آخر من الأبعاد البيولوجية والفسيولوجية للسلوك إذ تمتلئ حياة الفرد بالإنفعالات المختلفة .. وقديما فرق العلماء بين الحالات المعتدلة والحالات الشديدة من الإنفعالات بل وفرقوا ما بين الحالات الوجدانية (مثل الشعور العام باللذة والراحة والسرور) وبين الحالات الإنفعالية (مثل الشعور بالسعادة والحزن العميق والفزع) إلا أنه لا يوجد حد فاصل بين هذه وتلك، كما لا يمكننا أن نتخيل أن هناك حدود فاصلة ما بين الوجدانيات وبداية الإنفعالات، لذا يطلق العلماء حاليا على كل حالات الإنسان إسم : الإنفعالات. (سعد جلال، ١٩٨٥، ٤٥١)

وتتسم الإنفعالات عموما (بغض النظر عن نوعها) بثلاث صفات : -

١ - إنها حالة وجدانية يصحبها إضطرابات فسيولوجية وتعبيرات حركية مثل إنفعال الخـوف والحـزن .. وهذه الإنفعالات يكون الفرق فيما بينها فروق فى الدرجة (أي الكم).

٢ - إن الإنفعالات (بغض النظر عن نوعها) تصحبها مجموعة من التغيرات الداخلية (أى التى يشعر بها الفرد ويمكن وصفها) ومظاهر خارجية يمكن ملاحظتها والحكم عليها (من قبل أكثر من ملاحظ خارجى).

٣ - إن الإنفعالات (بغض النظر عن نوعها) لا تستمر لفترة طويلة بل تكون متغيرة (ونحن نعبر عن ذلك بأقوالنا بأن الفرح لا يدوم والأحزان لا تدوم، وتبات نار تصبح رماد، ويوم حلو ويوم مر، والدنيا كده وكده، ودوام الحال من المحال، ولو دامت لغيرك ما وصلت إليك، وإذا جاءتك الدنيا فلا تغتر، ويوم ماشى ويوم راكب ... إلخ) (Carison.t & Hatfield, e, 1991).

كما أن الإنفعالات قد حازت على الإهتمام منذ القدم، ونجد العديد من مؤلفات علم النفس كانت تدمج الدافعية مع الإنفعالات على أساس أنها وجهان لعملة واحدة لذا نجد مثلا - ماكدوجل (صاحب نظرية الغرائز) قد ذكر بوجوب إنفعالات مصاحبة لكل غريزة أو دافع. فالهرب الإنفعال المصاحب له الخوف، وأن غريزة القتال الإنفعال المصاحب

لها هو : الغضب، وأن الإنفعال المصاحب للغريزة الجنسية هو إنفعال : الشهوة وهكذا .. مما يجعلنا سنقف - فيما بعد - على حقيقة أنه من الصعب تقديم تعريف شامل لمفهوم الدافعية لأنه بالفعل مفهوم معقد ومرتبط بالعديد من المفاهيم والحالات المختلفة التى تعبر عن (أحوال الشخص). ناهيك عن الصعوبات التى رافقت عملية (قياس الإنفعالات) وقدرة الأجهزة (خاصة جهاز كشف الكذب) عن (تقنين) إنفعالات الشخص وغيرها من القضايا المرتبطة بالإنفعالات.

(Corsini Encyclopedia, 2001, pp; 495 – 496)

متى ننفعل :

هل الإنفعالات (تظهر وتختفى) وفق أسس وقوانين معينة، أم هناك (عشوائية) تحكم ظهور وإختفاء الإنفعالات؟

واقع الأمر أنه من خلال (متابعة وملاحظة ومراقبة) إنفعالات الشخص وجد أن الإنفعالات تظهر فى الحالات الآتية :

١ - عندما يكون الدافع قويا، لأن الدافع كلما كان قويا كلما صحبه إنفعال قوى، وأن الإنفعال هنا يهيئ الكائن ويحشد طاقاته ليبذل جهدا إضافيا، ومن خلال ألحاح الحالة الإنفعالية المعتدلة يصبح الإنسان أكثر كفاءة لأداء عمله.

٢ - عندما يحبط الدافع أو يعاق، لأن إشباع الدوافع (دون وجود عقبات) لا يؤدى إلى إثارة أو إنفعالات اللهم إلا إنفعالات الفرح والسعادة، بيد أنه إذا حدث إحباط أو

منع لمتطلبات الدافع هنا تظهر الإنفعالات العنيفة وربما غير الناضجة.

٣ - عندما يظهر الدافع بشكل مفاجئ، وهنا يستثار الإنفعالات لتعبئ مزيدا من الطاقة لتتلائم مع متطلبات الموقف الجديد.

(عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٧٣، ٢٤٧)

تعريف الإنفعال Emotion :

بالرغم من أن الإنفعال من المفاهيم الشائعة فى مجال علم النفس، فلا يوجد تعريف واحد يعترف به جميع المتخصصين فى مجال علم النفس :

وربما يرجع ذلك إلي جملة من الملاحظات نجملها في الملاحظات الآتية :-

- لأن الإنفعال يتمثل فى عملية ذات طبيعة مركبة إلى درجة أنه لابد من تحليل (الحدث الإنفعالى) إلى أجزاء من مختلف وجهات النظر.

- إن الإنفعال كان ينظر إليه على أساس أنه حدث شعورى، وتركزت المشكلات بين الإنفعال والتعبيرات الجسدية.

- يرى البعض أن الإنفعال عبارة عن نماذج إنعكاسية معينة للإستجابة (مثل الغضب والخوف والفرح .. الخ) تتصل بالمراكز العصبية فى منطقة الهيبوثلاموس.

- ويرى البعض أن مفهوم الإنفعال يجب إستخدامه بشكل أوسع وذلك على أساس أنه : إضطراب حاد ناشئ

عن موقف سيكولوجى، ويظهر فى الخبرة الشعورية وفى السلوك، من خلال التغيرات فى الأعضاء الحشوية الداخلية (عبد اللطيف خليفة وآخرون، ١٩٩٠، ٤٥٥).

وسوف نعرض - بإختصار - لمفهوم الإنفعال فى العديد من المراجع :

*** يرى مصطفى زيور أن مصطلح الإنفعال يشير إلى :**

١ - الإنفعال إصطلاح فى علم النفس يشير إلى ما يتعرض له الكائن الحى من تهيج أو إستثارة تتجلى فيما يطرأ عليه من تغيرات فسيولوجية بغض النظر عن (مقدار) التهيج سواء أكان داخليا أم خارجيا.

٢ - ولذلك فإن الإنفعال - وفقا لنظرية سارتر الوجودية - هو موقف من العالم، وشعور حيال الآخر وعلاقته به.

٣ - فى يركز أنصار **التحليل النفسى** على إبراز صلات الإنفعالات المختلفة بالبناء الكلى للشخصية، مع التركيز على طبيعة الإنفعالات ذات الطابع المرضى.

٤ - كما يذكر أيضا طبيعة الإنفعالات وتأثيراتها السيئة على جميع أجهزة الجسم، ونشوء فئة من الأمراض تسمى : الأمراض السيكوسوماتية.

٥ - كذلك فقد أشارت الدراسات الكلينيكية إلى أن القدر الأمثل من الإنفعال شرط أساسى للإقبال المتحمس على العالم والآخرين، ومنح الفرد القدرة على المثابرة والإرتباط بالواقع.

٦ - كذلك أبرزت الدراسات التقليدية فى علم النفس أهمية الإنفعال فى صوره المختلفة فى التعلم والتذكر والإدراك وغيره من الوظائف والعمليات النفسية (مصطفى زيور، ١٩٧٥، ٨١ - ٨٢).

وواضح أن أستاذنا زيور لا يقدم تعريفا للإنفعال، بقدر ما يبرز (النظرات) المختلفة للإنفعال فى (العديد) من الإتجاهات النفسية والفلسفية.

*** تعريف الحفنى للإنفعال :**

يرى أن الإنفعال هو طاقة مزاجية يمكن دراستها فى التوافق الإنفعالى للفرد، بما يتصف به من ثقة وطمأنينة وموضوعية، وفى التوافق الإجتماعى فيما يمكن أن يتسم به من ألفة وسيطرة وثقة.

ثم يغوص فى شرح ما يرتبط بالإنفعال من (متغيرات) مثل : النمط الإنفعالى emotional pattern، والنضج الإنفعالى emotional maturity، والتبلد الإنفعالى emotional apathy، والضبط الإنفعالى emotional control، والتنفيس الإنفعالى emotional relase وغيرها من المفاهيم المرتبطة قربا أو تداخلا مع مفهوم الانفعال، (عبد المنعم الحفنى، ١٩٧٥، ٢٦٤ - ٢٦٥، جـ١).

*** تعريف فرج طه وزملائه للإنفعال :**

"إستثارة وجدان الفرد وتهييج مشاعره، وهو أمر متعلق بحاجات الكائن الحى ودوافعه .. ويستثار الإنفعال عندما يستثار الدافع، ويأخذ الشكل الذى يناسب ويتفق

معه، وللإنفعال علاوة على بطانته النفسية له أيضا مظاهر فسيولوجية عضوية (فرج طه وآخرون، ١٩٩٣، ١٢٨).

تعريف موسوعة كورسينى فى علم النفس :

الإنفعال هو حالة وجدانية تتسم بالإضطراب الشديد، وأن الإنفعال حين يستثار لابد أن تتفاعل معه الكثير من أجهزة الجسم، وأن الإنفعالات الحادة إذا إستمرت فترة طويلة فإنها تترك الفرد فريسة للعديد من الأمراض الخطيرة (corsin encyclopedia, 2001, v.12, p: 495 – 496)

ونستطيع أن نخلص مما سبق إلى **تقديم هذا التعريف** : الإنفعال هو حالة مزاجية تعترى الشخص، ولها أسباب إما داخلية أو خارجية، ويأتى الإنفعال كرد فعل لهذه المثيرات، محققا هدفا معينا بعد إظهار قاعدة للآخر وموقفه من (الفعل)، ومع إنتهاء الموقف المفترض أن ينتهى الإنفعال.

مصطلح الإنفعال وما يرتبط به من مصطلحات أخرى :

١ – الإنفعال والدافعية :

كثيرا ما يخلط الباحثون بين هذين المفهومين، كما ينظر بعض الباحثين إلى الدوافع كنتيجة مترتبة على ظهور الإنفعال الإنسانى إلى القيام بإستجابات توافقية معينة، كما نجد أن بعض الدوافع يمكن أن يترتب عليها ظهور إنفعالات معينة .. لكن توجد فروق بين الإنفعالات والدوافع تتلخص فى : –

أ – تستثار الإنفعالات عادة بواسطة منبهات خارجية فى حين تستثار الدوافع غالبا بواسطة منبهات داخلية.

ب - عندما نتحدث عن الإنفعالات يتركز إهتمامنا حول الخبرات الذاتية والوجدانية المصاحبة للسلوك فى حين أنه عندما نتحدث عن الدافعية نركز إهتمامنا عادة على النشاط الموجه نحو الهدف.

(عبد اللطيف خليفة وآخرون، ١٩٩٠، ٤٥٧).

٢ - الإنفعالات والعاطفة :

يخلط البعض أيضا بين مفهومى الإنفعال والعاطفة بيد أن العاطفة لكى تتكون فلابد من تكرار الإنفعالات أكثر من مرة فالوطن - كمثال - الذى يوفر الأمن والأمان والعمل وكافة الضمانات لا شك أنه مع تكرار مثل هذا السلوك تتكون العاطفة والولاء تجاه الوطن. والخلاصة أن الإنفعال حالة ثائرة عابرة طارئة أما العاطفة فهى إستعداد كامن ثابت نسبيا ومركب من عدة إنفعالات تدور حول موضوع معين، وعلى هذا يكون الحب والكره والغيرة من العواطف لا من الإنفعالات، وحين تثار العاطفة تنبثق الإنفعالات المكونة لها، هادئة أو عنيفة، حسب المواقف والظروف (أحمد عزت راجح، ١٩٨٥، ١٥٤).

٣ - الإنفعال والحالة المزاجية :

كثيرا ما يخلط البعض بين الإنفعال والمزاج Mood، فالمزاج حالة إنفعالية معتدلة نسبيا تغشى الفرد فترة من الزمن أو تعاوده بين حين وآخر أى أنها حالة مؤقتة قد تصطبغ بالمرح أو الإكتئاب أو السعادة أو الحزن، وإذا إستثير الفرد فى أثنائها إنطلق الإنفعال الغالب على الحالة

عنيفا، كما أنه تجذب الأفكار التى تنسجم معها فالمكتئب تراوده أفكار الإكتئاب.

والخلاصة أن الحالة المزاجية أقل عنفا وأطول بقاء من الإنفعال.

(أحمد عزت راجح، ١٩٨٥، ١٥٤)

والخلاصة أنه على الرغم من وجود تداخل بين الإنفعالات وبعض المفاهيم الأخرى (والتى سبقت الإشارة إليها) إلا أن الشئ الواضح أن الإنفعال حالة تظل فريدة وخاصة ومتميزة عن باقى الحالات الوجدانية الأخرى.

مظاهر الإنفعال :

لكى يستثار الإنفعال لابد أن يرافقه مجموعتان من المظاهر هما : -

أ - المظاهر الفسيولوجية - المصاحبة للإنفعال :

حيث تركز الدراسات على التغيرات الفسيولوجية والجسمية التى تصاحبها إنفعالا ما .. ومن أشهر الدراسات فى هذا الصدد دراسة كانون Canon والذى أجرى تجاربه على إنفعالات الغضب من خلال إدخاله كلبا فجأة على قطة وهى تتناول طعامها وقد سجل أهم التغيرات الفسيولوجية والجسمية التى رافقت إنفعال الغضب والتى تمثلت فى : -

- توقف المعدة عن القيام بعملية الهضم.
- إرتفاع ضغط الدم.
- زيادة عدد ضربات القلب.

- زيادة إفراز هرمون الأدرينالين فى الدم.
- زيادة كمية السكر فى الدم.

وأن التجارب التى أجريت فيما بعد قد توصلت إلى أن الحالات الداخلية المصاحبة للإنفعال تختلف فى حدتها وشدتها من إنفعال إلى آخر ومن موقف مثير إلي مؤقف مثير آخر :

(Myers,D 1993 ١٩٩٣)

إضافة إلى المظاهر الآتية : -

- تغير نظام عملية التنفس.
- تغير فى كيمياء الدم.
- جفاف الحلق والفم.
- إن الإنفعالات تسهل مرور التيار الكهربائى فى الجسم وتم قياس ذلك من خلال إستجابة الجلد لجهاز الجلفانومتر Galvnic skin Reaction

(Tavris C 1989)

ب - المظاهر الخارجية للإنفعال :

وقد أجريت العديد من التجارب والدراسات فى هذا الصدد. ولعل من أهم (المحكات) الخارجية للإنفعال :

(أ) ملامح الوجه :

يعد الوجه أهم منطقة لإصدار تعبيرات غير لفظية ورغم أن تعبيرات الوجه تعتمد على أساس فطرى لدى الإنسان إلا أنها تتشكل وفقا للثقافات المختلفة. ونادراً ما تستخدم تعبيرات الوجه فى الحيوانات الأدنى مرتبة حتى القردة العليا فى الجماعات.

ويتعلم الإنسان كيف يتحكم فى تعبيرات وجهه أو كيف يعبر عن نفسه من خلال تعبيرات وجهه ورغم أننا نستطيع بقدر من التدريب أو الألفة بالشخص أن ندرك معنى تعبيرات وجهه التى يقصد إلى إرسالها لنا، أو تصدر عنه دون قصد منه.

وقد إتضح من خلال التحليل الإحصائى وجود سبع فئات للتعبيرات الإنفعالية (كما تنعكس فى الوجه) وهى :

السعادة، المفاجأة، الخوف، الحزن، الغضب، القرف (أو الإشمئزاز)، الإهتمام (عبد اللطيف خليفة وآخرون، ١٩٩٠، ٤٧٢ - ٤٧٣).

وقد توصلت الدراسات والملاحظات أيضا أن إثارة الإنفعالات تنعكس على صفحة الوجه، وقد أورد Myers وزملاؤه العديد من صور الوجه تلك الصور التى إلتقطت لتوضيح : كم الإنفعالات، والأشكال المتعددة التى يكون عليها الوجه حال تعرضه لإنفعال معين.

والجوانب المختلفة التى يأخذها الوجه حين يشعر بالخوف، بالغضب، بالمفاجأة، بالحزن .. إلخ. (Mywers. D, 1995, 438 - 444)

ومؤكدين أيضا على الجوانب الآتية : -

- إن هذه الإنفعالات تظهر لدى الأطفال الرضع.
- إن هذه الإنفعالات تختلف من ثقافة إلى أخرى (من حيث الكم أو الكيف).
- إن هناك جوانب مشتركة فى أى إنفعال. فالغضب

واحد إن إختلف التعبير عنه.

- إن الجوانب الثقافية - المعرفية (قد) تلعب دورا فى توجيه الإنفعالات. (Tavris, c 1989, pp : 213 - 219)

ب - التعبير بنظرة العين(*):

حيث اوضحت نتائج بعض الدراسات التجريبية أن هناك لغة للعيون يمكن أن تعبر عن إنفعالات الأفراد وإتجاهاتهم نحو الآخرين. فالأشخاص الذين ينظرون مدة **أطول إلى من يتحدثون معهم لن يفعلوا ذلك إلا مع الأشخاص الذين يحبون** أو يفضلون أثناء الحديث معهم، وقد تميزت الإناث بإطالة تبادل النظر أكثر مع بعضهم البعض أكثر مما يفعل الذكور، وتميز الذكور بأنهم أقل نظرا أثناء الإستماع لمن لا يفضلون.

ويلعب حجم إتساع العين دورا هاما فى إرسال الإشارات بالعين إلى الآخرين لهذا تحاول السيدات توسيعه بالبلادونا لزيادة جاذبيتهم، كما تبين إتساع العين لدى الذكور عندما عرض عليهم صور الإنـاث الجميلات وأن الدراسات قد أوضحت تغيرا فى إنسان العين، وفقا للحالة الإنفعالية.

(عبد اللطيف خليفة وآخرون، ١٩٩٠، ٤٧٧ - ٤٧٨)

(*) لمزيد من المعلومات عن تعبيرات الوجه ولفتة والتعبير بنظرة العين راجع كتابنا : فن قراءة لغة الجسد (٢٠١٤ - الطبعة الثانية، مكتبة الأنجلو المصرية. وأيضا كتابنا : كيف تتعامل مع نفسك ومع الآخر. الصادر أيضا عن مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠١٥)

وظائف الإنفعالات :

هل الإنفعالات لها وظائف، وإذا كان لها وظائف فماذا يحدث إذا كفت عن أداء وظائفها؟

يمكن تحديد وظائف الإنفعالات فى :

١ - للإنفعالات وظيفة هامة فى عملية الدافعية وتحريك السلوك الذى ينشأ عن وعى الفرد بإنفعال معين دون غيره، فكل إنفعال من الإنفعالات ينشط بدائل متعددة من الإنفعال والسلوك تساعد على زيادة الإنسان على التكيف مع المواقف المختلفة.

٢ - تؤثر الإنفعالات على العمليات المعرفية وعلى التنظيم المعرفى للفرد بوجه عام. فالإنفعال محدد هام للإنتباه الإنتقائى وبالتالى يؤثر على ما ندركه أو ما لا ندركه وعلى مدى دقة ذلك الإدراك.

٣ - الإنفعالات تقوى أشكال التفاعل القائمة بين الأفراد وهى تمهل قيام العلاقات الإجتماعية، وعملية التواصل بين الأشخاص، وأن إبتسامة الطفل فى وجه الأم - كمثال - تزيد من أشكال التفاعل الإيجابى لدى الأم. (ممدوحة سلامة، ٢٠٠٠، ٢٤٠)

جوانب الإنفعال :

إن تحليل أى إنفعال من الإنفعالات (كالحب أو الغضب مثلا) سوف تجعلنا نرى أنه يتألف من ثلاثة جوانب أو عناصر يمكن ملاحظتها، بل ودراستها دراسة علمية وهى : -

١ - جانب شعورى ذاتى :

حيث يشعر الشخص المنفعل وحده ويختلف شعوره (بالتالى) من إنفعال إلى آخر، وهذ الشعور بالإنفعال يمكن دراسته عن طريق التأمل الباطنى أو الإستنباط (أى ما يقرره الشخص المنفعل مصداقا للمثل الشعبى : لا يشعر بالنار إلا اللى ماسكها أو كابشها في بعض الروايات).

٢ - جانب خارجى ظاهر :

ويشمل مختلف التعبيرات والحركات والأوضاع والألفاظ والإيماءات التى تصدر من وعن الشخص المنفعل كالابتسام، الضحك، الصراخ، التنهد، التجهم ... إلخ.

٣ - جانب فسيولوجى داخلى :

ونقصد بها كافة التعبيرات الفسيولوجية التى تحدث داخل الفرد مثل : إضطراب إفراز الغدد الصماء، تغير النشاط الكهربائى فى المخ، تغير ضغط الدم .... إلخ. (إبراهيم وجيه وآخرون، ١٩٩٩، ٣٣٤ - ٣٣٥).

بعض نظريات التى حاولت تفسير الإنفعالات :

ومن هذه النظريات :

١ - النظريات الفسيولوجية الحشوية :

هذه النظرية قال بها **جيمس - لانج** James–Lang وتؤكد هذه النظرية على أن مصدر الإنفعال يؤدى إلى الإضطرابات الفسيولوجية الحشوية، ومن مجموع الإحساس بهذه التغيرات الداخلية التى ينتج الشعور بالإنفعال أى أن

الإحساس الحشوى الجسمى يسبق الإحساس الإنفعالى.
(أحمد عكاشة، ١٩٧٥، ١٦٥، ١٦٦)

ويلخص "جيمس" نظريته بقوله : إن طريقتنا الطبيعية فى تناول هذه الإنفعالات الغريبة تملى علينا أن الإدراك العقلى لواقعة معينة يهيج الوجدان العقلى المسمى بالإنفعال، وأن هذه الحالة العقلية تؤدى إلى ما نراه من تغيير جسدى .. فالمثير ينبه أحد أعضاء الحس ومن ثم تنطلق تيارات كهربائية صاعدة إلي القشرة الدماغية تبعا لذلك الإدراك وتيارات أخرى تنبه الأحشاء والأوعية الدموية والعضلات فيصيب هذه الأخيرة الإضطراب فتنطلق منها تيارات عصبية عائدة إلى القشرة الدماغية، فإذا ما إستثيرت تلك الأخيرة بهذا الرجع العصبى شعرنا بما نسميه الإنفعالات. (لطفى فطيم، ١٩٧٩، ٥٦).

ويحاول أبو النيل أن يلخص نظرية جيمس – لانج فى هذه المعادلة

Stimulus = physicological = Emotional

أى أن المثيرات (سواء أكانت داخلية أو خارجية) تثير الحالات الفسيونفسية والتى تؤدى بدورها إلى ما يسمى الإنفعال. (محمود أبو النيل، ١٩٨٤، ٥٥)

وقد وجهت العديد من الإنتقادات إلى هذه النظرية منها:–

١ – إن جميع الإضطرابات العضوية التى يقال أنها سبب الشعور بالإنفعال توجد فرادى أو مجتمعة فى حالات

ليست لها طبيعة إنفعالية، فنحن نرتجف وتشحب وجوهنا فى حالة الخوف دون أن يكون لذلك تأثير إنفعالى.

٢ - إن التغيرات الفسيولوجية تحدث فى إنفعالات يختلف بعضها عن بعض إختلافا كبيرا كالحزن والفرح.

٣ - أجريت العديد من التجارب على الحيوانات كالقطط حيث قطعت فيها الإتصالات العصبية بين المخ والأحشاء، ومع ذلك إستمر الحيوان يبدى مظاهر الغضب والحركات المعبرة عنه .. ومن هذه التجارب يتضح لنا أن الإضطراب العضوى وإن كان يهيئ الفرد لإنفعال معين إلا أنه ليس شرطا ضروريا كافيا للشعور والسلوك الإنفعالى. (إبراهيم وجيه وآخرون، ١٩٩٩، ٣٤٢ - ٣٤٣)

النظرية الثلاموسية أو المهدية :

وهى النظرية التى قدمها كانون Cannon والتى يرى البعض أنها قد نسخت من نظرية "جيمس - لانج" والمسماة بالمهاد البصرى وتفترض هذه النظرية أن المهاد هو المركز الإستراتيجى للعمليات العصبية التى تخدم الإنفعالات، فالإحساسات المختلفة من الجسم تصل من خلال مسارات الإحساس الصاعدة إلى المهاد، وهنا يصدر نوعان من التيارات العصبية أحدهما لقشرة المخ للشعور بالإنفعال والآخر للمهاد تتغذى مجموعات الخلايا المهادية للعضلات والأحشاء والغدد التى تعطينا التعبير الجسدى للإنفعال (أحمد عكاشة ١٩٧٥، ١٦١).

أى أن التغيرات العضوية والمشاعر الإنفعالية يحدثان

فى نفس الوقت على حين أكدت نظرية جيمس بأنه لابد من مرور وقت يطول إلى عدة ثوان بين حدوث الإضطرابات الحشوية والشعور بالإنفعال وهو ما يخالف الواقع (لطفى فطيم، ١٩٧٩، ٦٢).

وقد تعرضت هذه النظرية إلى النقد من جانب بعض علماء النفس وخاصة فيما يتعلق بإشراف منطقة الهيبوثلاموس على الشعور بالإنفعال، مع أن هذه النظرية وغيرها من نظريات سبقتها لم تحل مشكلة تفسير الإنفعال إلا أنها ألقت كثير من الضوء على الفسيولوجية المتضمنة فى الإنفعال.

الإنفعالات من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسى :

أسهمت نظرة التحليل النفسى فى إبراز العديد من الجوانب فى الإنفعالات مثل البحث فى مصدر الإنفعال وطاقته، فعندما بدأ فرويد بحوثه فى الأمراض النفسية إكتشف فى البداية أن الأعراض العصابية إنما تنتج عن شحنات إنفعالية حبيسة إتخذت مسارات شاذة للتعبير عن نفسها، وإستطاع أن يكشف عن أصل تلك الإنفعالات فى مواقف قديمة تصل فى قمتها إلى مراحل الطفولة المبكرة حيث أثيرت إبان فترة الطفولة المبكرة العديد من المشاعر المتصارعة مما أدى بالطفل إلى كبتها، لكن الكبت لا ينهى عليها بل يجعلها تحاول الفكاك منه فلا تجد سبيلا لذلك إلا فى الأعراض، ومن تفحص تلك الخبرات وجد أنها جميعا تتصل بإستثارات جنسية لم تجد فى الطفولة مجالا للتنفيس والإشباع وصاغ فرويد هذا الأمر فى أن الطاقة الجنسية

التى أطلق عليها تعبير : الليبدو Libido عندما تعاق عن بلوغ هدفها تتحول إلى شحنة إنفعالية تبغى وتهدف إلى الإنطلاق والعتق والتصرف وتتحين الفرص للإنطلاق.

ثم تحول (فرويد) إلى أصل تلك الطاقات الليبيدية فتبين له أنه عند ولادة الطفل يستثمر هذه الطاقة فى جسمه أولا وتتخذ من جسده أول موضوع لها. وقد أسمى الليبيدو فى مرحلة المهد : بالليبدو الذاتي أو النرجسي Narcis–sistc، ومع التقدم فى العمر، ومن خلال الإحتكاك بالواقع يظهر الليبيدو الموضوعى object libido والذى يعنى أن كل إستثمار للطاقة الليبيدية فى العالم إنما تعنى نقصان الليبيدو النرجسي وعشق الذات.

إلا أن تحول الليبيدو من (النرجسية إلى الموضوعية) قد يقابله العديد من العقبات والإحباطات. ومن هنا قد ينطلق الليبيدو النرجسي (لأن الأصل والأساس فقيل إن عشق الآخر لابد أنه عشق ذاتى) بطريقة مخفاه وإشباعا له بأسلوب تخييلى Fantastic وتصويرا لحالة الحرمان القديم بشكل مفاجئ غامض وقد أثارت هذه النظرية العديد من التساؤلات مثل : –

١ – هل يؤدى تطور الليبيدو من النرجسية إلى الموضوعية إلى حدوث تغير فى إدراك الواقع؟

٢ – هل تعد مثيرات الإنفعال إذاً مجرد بدائل لأمور أصلية فى الذات أثارت المشاعر ولكنها لم تسمح لها بالإنصراف؟

٣ – ما هى طبيعة مثيرات الإنفعال عندما ينفعل الشخص وما هو تقديره لها؟ (أحمد فائق، ١٩٨٤، ٣٣٩ – ٣٤٢).

٤ – نظرية الجشطلت فى الإنفعال :

وتتميز هذه النظرية فى كشفها العلاقة بين الإنسان المنفعل وسبب الإنفعال، وأهم من ذلك كشفها عن الدور الشخصى الذى يلعبه الإنسان المنفعل فى إنفعاله، ولتوضيح الأمر نفترض أنه قد أتى لشخص برقية تحمل أخبارا سارة، نجد أنه أثناء القراءة تتخلل وجهه أسارير الفرح وقد يميل إلى تقبيل البرقية أو الأشخاص المحيطين به.

أى أننا يمكن أن نكتشف هذه الأمور : –

أ – أنه تغير قد طرأ على الشخص فأصبح فى غير ما كان عليه.

ب – إنه تغير قد حدث للعالم أيضا فأصبح ليس ما كان عليه.

جـ – إنه تغير يريد الشخص أن يفرضه على العالم حتى لا يظل على ما كان عليه.

د – إنه تغير قد أحدثه العالم فى الشخص فلم يعد كما كان عليه إلا أن الشخص (المنفعل) يحاول فى لحظة تغيير العالم وإستجابته لتغيير العالم له. وأن المرء لايمتلك إعتقادا سحريا يؤدى إلى إنهيار الحد الفاصل بين الذات والعالم، وليس إنهيارا لتلك الحدود ويؤدى إلى حدوث الإعتقاد السحرى فى الإنفعال، أنه الأمران معا وحدة جشطالتية،

وأن الإنفعال لدى الجشطالتيين هو موقف كلى فى العالم ومن العالم (أحمد فائق، ١٩٨٤، ٣٣٧ - ٣٣٩).

طرق قياس الإنفعالات :

تقاس الإنفعالات بعدة طرق منها : -

١ - إستجابة الجلد لجهاز الجلفانومتر Galvanic skin reaction :

إذ يمسك الفرد أسلاك هذا الجهاز الحساس بيده، وتكمل الدائرة الكهربائية بسلك آخر يمسكه بيده الأخرى. فيتذبذب مؤشر الجهاز مبينا مدى الحالة الإنفعالية للفرد.

وفكرة الجهاز قائمة على مقوله مؤداها أن الجلد متصل بنشاط غدة العرق ولذا فإن الجلد يعكس - بسهولة - تامة - أى تغيرات يمكن أن تحدث من خلال تعرض الفرد لهذا الجهاز.

٢ - جهاز كشف الكذب :

وهو جهاز يسمى البولى جراف Polygraph (أى متعدد الكتابات) ويسجل أى تغيرات قد تحدث فى النبض، وضغط الدم، والعرق، وإستجابة الجلد للتذبذب الكهربى، وهذا الجهاز يسجل استجابات للفرد وفى مرتين مختلفتين (ما قبل التجربة) و (بعد التجربة) حتى نتمكن من إجراء المقارنات اللازمة لذلك.

ويفترض أن شعور المفحوص بإرتكاب ذنب ما سيظهر فى زيادة الإستجابات الفسيولوجية عند إجابته على الأسئلة الحرجة. بيد أن المشكلة أن الشخص (البرئ) قد يصاب

بالإضطراب حين يدخل إلى المعمل لإجراء التجارب عليه بواسطة هذا الجهاز، وبالفعل تنقل الإضطرابات وتظهر أن لها دلالة ومعنى وفقا لقراءة هذا الجهاز، أو قد يحدث العكس حين يتمكن شخص محترف من (الكذب على جهاز كشف الكذب) ولعل بعض المسلسلات التى عرضها التليفزيون المصرى وبعض أفلام الجاسوسية (مثل فيلم إعدام ميت) ومسلسل (دموع في عيون وقحة) ومسلسل (رأفت الهجان) وغيرهما قد أظهر هذه الحقيقة، ذلك لأن الشخص الذى تم (تدريبه) على العمل فى (الجاسوسية) يعلم أن من ضمن الحيل التى يلجأ إليها (أصحاب الطرف الآخر - المُعادى) هو وضعه على جهاز كشف الكذب ويستعد لذلك بأن يتدرب هذا التدريب يقلل من كمية القلق بل ويجعل الشخص قادرا على التحكم فى إنفعالاته وما يرتبط بها من تغيرات.

٣ - جهاز لكشف الكذب عن طريق الصوت :

وهو جهاز حديث تم تطويره ويقوم بقياس بعض التغيرات التى تحدث فى صوت الأشخاص والذى لا يتم إلتقاطها، بالأذن العادية ... ولعل (الرعشة) الخفيفة التى تنتقل إلى الأحبال الصوتية يتم كشفها عن طريق نشاط الجهاز العصبى الذاتى حين يكون المتكلم تحت ضغط وهذا الجهاز يطلق عليه جهاز تحليل الصوت عند الضغط أو عند التعرض للضغط Voice stress analyses وبالجهاز شريط ورقى تسجل عليه رسما تخطيطيا لصوت المفحوص حين يكون مسترخيا (بدون توتر) ثم يتم تعريض الفرد للتوتر، ويتم

التسجيل، وتفيد المقارنة فى الحالتين فى التعرف على مقدار: صدق وتلقائية أو كذب الشخص من خلال تحليل الرسم (ممدوحة سلامة، ٢٠٠٠، ٢٤٦).

٤ - إختبار التداعى الحر :

عرف علماء النفس منذ مدة طويلة أن الشخص الذى يعانى إنفعالا قويا يظهر ذلك فى سلوكه بشكل أو بآخر وطريقة التداعى الحر من الطرق الكلاسيكية لمعرفة طبيعة إنفعالات الفرد حيث يطلب منه فيها أن يرد أو يستجيب بأول كلمة تخطر على باله من منبهات لفظية معينة بأسرع ما يمكن على أساس أن الكلمات التى تحمل شحنات إنفعالية شديدة تظهر فى إستجاباته بطرق مختلفة.

ولعل يونج يعد من أشهر من إستخدم تكنيك التداعى فى هذا الأمر، ولذا قام بإعداد قائمة موحدة بالكلمات المنبهة التى يقدمها لمرضاه ووجد أن المشاكل الإنفعالية لكل شخص تتكشف تبعا لنوع إجابته على هذه الكلمات ، وكذلك تبعا لمتغيرات أخرى منها المدة اللازمة للإجابة والتعلثم، وعدم الإجابة وتغير التعبيرات وتكرار إستجاباته، أو حتي العجز عن تقديم الاستجابة (ومن الجدير بالذكر ان كاتب هذه السطور قد استخدم هذا التكنيك إبان دراسته الميدانية علي المسجونين في أطروحته للماجستير وقد توصل إلي نتائج ثرية ومهمة ودالة) ... إلخ (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٧٣، ٢٥٥ - ٢٥٦).

الإنفعالات والإضطرابات النفسية والعقلية :

١ - الإنفعال والجسد :

تلعب الإنفعالات أدوارا كبرى فى إثارة الحالة العضوية. من ذلك أنه "قد دلت التجارب الإكلينيكية فى ميدان الطب النفسى على أنه إذا ما قامت فى سبيل التنفيس عن الإنفعال عوائق صادرة من البيئة، ومن عقائد الإنسان وأوهامه فإن نضالا يقوم فى النفس لا يلبث أن يقف منه صاحبه موقف النعام من الخطر الذى يهددها عندما تضع راسها بين قوائمها فلا تراه. وبعبارة أخرة فإن الانسان بطبيعته ميالاً إلى التخلص من ألم النضال النفسى بأن يمنع موضوعه من الظهور فى حيز الشعور ولكن النضال المستبعد من حيز الشعور قد يخلق حالة دائمة من التوتر وقد تكون سببا فى إضطرابات دائمة فى الوظائف العضوية" (مصطفة زيور، ١٩٨٤، ٢٤٨).

ويفسر ما سبق عادل صادق بأن : الضغوط ترهق النفس، والنفس حين تنؤ بحملها يشاركها الجسد. فالجسد قد يتفاعل مع الضغوط فيصيبه الإضطراب المؤقت أو الدائم. وقديعانى الإنسان من أعراض مختلفة قد تستمر دون أن تعرف لها سببا كالقيئ والغثيان والدوخة وطنين الأذن وآلام البطن أو الظهر أو الصداع .. إلخ.

وقد يصاب الإنسان بأزمة صحية حادة كالذبحة الصدرية أو جلطة فى أحد شرايين القلب أو المخ أو قد يصاب بشكل مفاجئ بمرض السكر أو حدوث تسمم فى الغدة الدرقية أو

حدوث إرتفاع فى ضغط الدم .. وبالسؤال الدقيق نجد أن هذا الإنسان قد تعرض قبل بدء هذه الأعراض والأزمات الصحية الجسدية إلى ضغوط هائلة وأحداث مؤلمة وموجعة فى حياته أخلت بتوازنه وإستلزمت منه جهدا وسببت له إجهادا لإعادة التكيف .. فإذا كانت الضغوط بسيطة يمكن أن يتكيف معها، وإذا كانت ضغوط هائلة ويصعب التعامل معها وإزالتها فى حينها فهى تسبب إعاقة وألما ومعاناة. والطبيب الواعى هو الذى يهتم بصحة مريضه النفسية والعضوية معا وهو الذى يهتم بصحة مريضه كوحدة واحدة كإنسان.

كما يشير بأنه لا يمكن فصل النفس عن الجسد، ولا يمكن فصل الواقع النفسى والحياة الوجدانية الذهنية للإنسان عن التفاعلات التى تتم داهل خلايا أعضاء الجسم. فالمعدة تتأثر بالحزن والقلب يتأثر بالقلق، والشرايين تطبق وتزداد سرعة التجلط للضغوط (عادل صادق ١٩٩١، ٥٨).

وكل ما سبق أدى إلى نشأة ما يسمى بالأمراض السيكوسوماتية أو الأمراض النفسفسيولوجية والتى تتميز بوجود أعراض جسمية نتيجة لعوامل إنفعالية وتمثل عضوا واحدا من الأعضاء التى تغذيها أعصاب الجهاز (الأنونومى) وتتضمن المظاهر الفسيولوجية تلك المتغيرات التى تصاحب عادة الحالات الإنفعالية إلا أن التغيرات فى الحالات النفس فسيولوجية تكون أكثر شدة وأطول بقاء وقد لا يكون

الشخص واعياً بحالته الإنفعالية (محمد أحمد صديق، ١٩٩٩، ٢٠ – ٢٢).

وقد تنتج الأمراض أو الاضطرابات عن أسباب نفسية يكون لها دور كبير فى حدوث الأمراض السيكوسوماتية التى تظهر فى صورة آلام وإضطرابات جسمية، فقد يسبب الضغط الإنفعالى الملح والصراع النفسى فسادا فى نظام الضبط والإتزان الهرمونى أو تمزقا فى أجزاء معينة من الجسم فإذا كانت الضغوط مزمنة فإن الرئتين يحدث لها تشنجات ويبدأ الجهاز الدورى فى التوتر وقد تبدأ المعدة فى هضم نفسها .. إضافة إلى حدوث العديد من الإضطرابات الجسدية وهنا يبدأ الشخص رحلة (طويلة) مع الأطباء (العضويين) دون جدوى إلا أن إختفاء العرض في مكان قد يؤدى إلى ظهور أعراض أخرى فى أعضاء جسمية أخري، وهكذا نصبح أمام حالة من تعدد الأعراض لكن الأسباب الكامنة تكون واحدة. مما يجعل الشخص يدخل فى دائرة مفرغة ما لم تحل العوامل النفسية الكامنة خلف الأعراض وتنوعاتها

(Gallatim, J, 1982, p : 212 – 213)

٢ – الإنفعال والخوف :

يحدث للإنسان وكذلك للحيوان إستعدادا عاما للخوف والإبتعاد عن الأشياء والمواقف التى تؤلم الجسم وتؤذيه أو التى يتوقع منها الألم والأذى أو أى موقف يهدد بهذا الألم والأذى يشكل لدى الفرد خطرا أو مخافة .. وقد إختلف

العلماء فى تحديد عدد المثيرات الفطرية للخوف فمنهم من يقول إن الألم الجسمى هو المثير الفطرى الوحيد للخوف عند الإنسان وما عدا ذلك من مخاوف فهو مكتسب مشتق من طرق التعلم ولعل التجربة الشهيرة التى أجراها واطسون تبين لنا كيف يكتسب الطفل مخاوف جديدة شاذة عن طريق (الإقتران) إقتران شئ مخيف بآخر غير مخيف كما يمكن أن تحدث مخاوف شاذة وغير طبيعية (كالخوف من الصرصار أو الفأر أو الظلام أو الوحدة أو عبور الشوارع ... إلخ).

بل قد تبدو مظاهر الخوف عند بعض الناس فى تجنب المغامرات والحرص والحذر الشديد. (أحمد عزت راجح، ١٩٨٥، ١٦٧ – ١٦٨). (ومع كثرة انقطاع الكهرباء في الوقت الراهن ولمرات ولفترات طويلة قد جعل البعض يخاف أن يغادر شقته خوفاً من ان تقطع الكهرباء وهو في المصعد مثلا وغيرها من المخاوف التي من الممكن أن نطلق عليها زملة المخاوف المرتبطة بانقطا ع الكهرباء. أما أسباب انقطا ع الكهرباء فهذا ليس موضوعنا الان ولابعد الان).

ولعل الرابط بين خبرة سيئة أدت إلى إنفعالات سيئة قد (ثبتت) فى ذهن الفرد أن عليه ألا يقترب من هذا الشئ حتى لا يعاوده نفس (الإحساس) المؤلم، ومن هنا فإنه فى دراسة إنفعالات الخوف قد إجتهدت كافة مدارس علم النفس فى تفسيره، والأسباب التى تؤدى إلى حدوثه، وفى المقابل تم تأسيس إستراتيجيات يتبعها المعالجون النفسيون لإزالة المخاوف والتى تعد – من ضمن أسبابها – أفكار غير

عقلانية (يعتقد) فى صحتها الشخص دون سند أو دليل من الواقع، مما يجعل الشخص يخشى (المغامرة) ويفضل (التجنب) هروبا مما قد يتعرض له من آلام (فى ذهنه هو) (محمد حسن غانم ٢٠٠١).

٣ - الإنفعال والقلق :

القلق هو أحد أشكال الإنفعالات غير السارة، ولم يحسم العلماء قضية إمكانية إعتبار القلق (مرضا) فى حد ذاته أم أنه يدخل فى الأمراض والإضطرابات الأخرى، لأن الحقيقة أن كافة الإضطرابات يكمن ورائها (بل المفجر الرئيسى لها) يكون هو القلق.

والقلق : شعور غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبى اللاإرادى والذى يأتى فى نوبات تتكرر مع نفس الفرد مثل : -

- الشعور بالفرا غ فى فم المعدة.
- أو (الشعور بالسحبة أو الثقل) فى الصدر.
- أو ضيق فى التنفس.
- أو الشعور الشديد بنبضات القلب.
- أو الصدا ع المزمن.
- أو كثرة الحركة ... إلخ.

وهناك مجموعة من الفروق ما بين القلق والخوف تكون كالآتى : -

- القلق ـــــــــــــ الخوف
- السبب أو الموضوع ــــــ مجهول ــــــ معروف
- التهديد ــــــ داخلى ــــــ خارجى
- التعريف ــــــ غامض ــــــ محدد
- الصراع ــــــ موجود ــــــ غير موجود
- المدة ــــــ مزمن ــــــ حادة

(أحمد عكاشة، ١٩٨٢، ١٠٧ ـ ١٠٨)

ويتعرض الطفل فى مراحل نموه إلى كثير من المواقف والخبرات التى تستثير فيه مشاعر القلق وتفرز فيه بذوره، فالقيود التى تفرض عليه بحكم ضعفه وحاجاته للغير كشعوره بهذا الضعف وأن النتيجة الحتمية لذلك يكون شعوره بالقيود وشعوره [انه ليس حرا فى نفسه، وقد يكون هذا الشعور أكثر مما تحتمه ذاته فينمو الطفل مهددا بالعقاب الذى تفرضه عليه هذه القيود إذا خرج عليها (عبد الستار إبراهيم وآخرون ١٩٧٣، ٢٧٥ ـ ٢٧٦).

ولذلك يوجد العديد من الأساليب العلاجية التى يجب أن تتبع لتدريب الشخص على كيفية التخلص من (قلق) المرض. وإكساب الشخص العديد من أساليب (المهارات الإجتماعية) لكى يتعامل (بكفاءة) و (توافق) مع ذاته أولا ومع الآخرين.

(Liberman. R., Derisi. w & Musedserk, 1989) Lavren, Betal, 1999, pp : 148 – 19).

والخلاصة أن إنفعال القلق هو أحد الإنفعالات التى تستثار ويكون واضحا في حالات الانفعالات .

٤ ـ **الإنفعال والغضب :**

قد يكون الغضب فى حد ذاته إنفعالا مستقلا، حيث يعبر الشخص عن عدم موافقته فى موقف معين، أو من شخص ما. وهنا تنتاب الشخص العديد من الإنفعالات التى (يضطرب) لها كافة أجهزة الجسم، وتكون علاماتها بارزة وواضحة على وجه الآخر، وتتضح من خلال خلجات الصوت، وتوتر عضلات اليد، ولذا يربط البعض بين إنفعالات الغضب والعدوان، وتوصلت نتائج العديد من الدراسات التى تناولت (المجرمين) وأربـاب السوابق .. أن البداية كانت إنفعال غضب، وأن العقل قد توقف عن التفكير ووزن وتقييم الأمور (لثوانى) وأنه فى خلال هذا التوقف قد (قرر مصادفة) القيام بفعل (ضد) الطرف الذى أهانه أو أغضبه فقتله، ولم يستشرف (لأن عقله قد توقف) التداعيات التى من الممكن أن يحدثها هذا الفعل الإجرامى. (Tayis, C 1989, : 55 – 91)

والعديد من التجارب التى أجريت على الإنسان بل والحيوانات قد أكدت إقتران إنفعال الغضب بالعدوان مع الأخذ فى الإعتبار إمكانية تعدد أشكال العدوان تجاه (الطرف) الذى أحدث الإحباط أو أثارة انفعال الغضب للشخص. (Darwin, C, 1985)

والواقع أن الغضب والإنفعالات المصاحبة له تعود بالإنسان فى كثير من الحالات إلى مستوى بدائى فى حكمه على واقعة، أى أننا ننفعل عندما نكون فى حالة إحباط

ونجد أن رغباتنا قد أصبحت فى خطر، ويستثار إنفعالنا عن طريق الردة أو النكوص Regrassion إلى نمط سابق من الإستجابة للإحباط على الإستجابة الطفلية، والواقع أن هناك حدا أو مستوى معينا فى الإحباط إذا تعداه التوتر أدى إلى أشكال من الأثر على السلوك مختلفة فى نوعيتها، يسمى هذا المستوى : **بعتبة الإحباط**. وقد يعانى الشخص درجة عالية من الإحباط والصرا ع دون أن تبدو عليه علامات الإضطراب، ربما يستمر فى الكفاح من أجل الهدف أو البحث عن طرق جديدة أو أهداف بديلة، ويحاول الوصول إلى إختبار واقعى شديد ولكنه عندما يطرد إزدياد التوتر فقد يغدو منهاجا بأشد مما يجب ويضطرب إنفعاليا بحيث لا يطيق معالجة المشكلة والموقن بوسائل بنائه وعندئذ نقول إنه قد تعدى حد إحتماله للإحباط (عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٧٣، ٢٦٤).

٥ - الإنفعالات والإضطرابات العقلية :

ترتبط صحة الإنسان النفسية والعقلية بل وسواء سلوكه من خلال (سواء) إنفعالاته ونضجها وأن تكون مناسبة للحدث أو الموقف، وأنه مع إنتهاء الموقف المفروض أن تتغير الإنفعالات، كما أن إستمرار الإنفعالات بصورة أكثر حدة (سواء أكانت إنفعالات سارة أو مؤلمة جدا) تقود إلى العديد من الإضطرابات.

إن إضطرابات الإنفعال Emotion Disorder تقود إلى العديدمن الإضطرابات. "ويقصد بإضطراب الإنفعال

فى الفرد عدم مناسبة الإنفعال سواء من حيث شدته أو من حيث نوعه - للموقف الذى يعايشه الفرد.

وعلى هذا سوف نجد أنواعا عدة من إضطرابات الإنفعال منها :

الإضطراب الهوسى :

وفيه يبدو الشخص مرحا متفائلاً سعيدا مرتفع الروح المعنوية، مقبلا على الحياة فى إستمتاع ونشاط زائدين، وهناك الإضطراب المناقض تماما والذى يعرف بحالة الإكتئاب وفيه يبدو الشخص حزينا، مهموما، كثير البكاء، متشائما، يائسا من الحياة، أو معتقدا أنه لا يستحقها ويفكر جديا فى إنهائها، وقد ينتهى به الأمر بالفعل إلى الإنتحار.

كما أن هناك عرضا آخر من إضطرابات الإنفعال يتمثل فى عدم إستقرار الإنفعال Emotion instalility، ويتمثل فى ضعف سيطرة الشخص على إنفعاله، بحيث يثير إنفعاله - سواء السار أو الحزين - أضعف المثيرات، فإذا بالفرد يبكى وينتحب بشدة من مجرد مشاهدة رواية محزنة أو يفرح لدرجة تخرجه عن وقاره وكذلك تعد البلادة الإنفعالية Emotional Hebetude نوعا من إضطرابات الإنفعال، وفى هذه الحالة تبدو إنفعالات الشخص متبلدة إزاء ما يسمع أو يرى من أحداث سواء سارة أو محزنة حتى بالنسبة لأقرب المقربين إليه (فرج طه، ١٩٧٩، ٧١ - ٧٢).

وغنى عن البيان أن مرض الهوس والإكتئاب (الثنائى القطب) أو كمرض فى حد ذاته (مرض الهوس) و (مرض

الإكتئاب) من الأمـراض الذهانية والتى تشخص وفق محكات معينة، بل كثيرا ما تقتضى الأمور حجز الشخص فى مستشفى لأن هذا الإضطراب يجعل الشخص خطرا على نفسه وعلى أقرب الأشخاص له ومن هنا لابد من جحزه حماية لنفسه وللمجتمع من أخطار ردود أفعاله (اللامعقولة) وغير المتوقعة. (محمد حسن غانم ٢٠٠٧، ٢٠١٤).

فوائد الإنفعالات :

الإنفعالات إذا كانت معتدلة ومتوازنة تعود علي الفرد بمجموعة من الفوائد نستطيع تلخيصها فى : -

١ - تزيد الشحنة الوجدانية المصاحبة للإنفعال من تحمل الفرد وتدفعه إلى مواصلة العمل وتحقيق أهدافه.

٢ - للإنفعال قيمة إجتماعية فالتعبيرات المصاحبة للإنفعال تكون ذات قيمة تعبيرية تربط بين الأفراد وتزيد من فهمهم لبعضهم البعض.

٣ - تعتبر الإنفعالات مصدرا من مصادر السرور. فكل فرد يحتاج إلى درجة معينة منها إذا زادت أثرت على سلوكه وتفكيره، وإذا قلت إصابته بالملل.

٤ - تهيئ الإنفعالات الفرد للمقاومة من خلال تنبه الجهاز العصبى اللاإرادى (عبد اللطيف خليفة وآخرون، ١٩٩٠، ٤٩٢).

ولا يقتصر دور الإنفعالات على ما سبق فقط بل يمكن أن تساهم أيضا فى إصابة الفرد بالعديد من الإضطرابات

النفسية والعقلية إذ توصلت العديد من الدراسات والملاحظات الكلينيكية إلى أن جميع الإضطرابات النفسية والعقلية يكمن خلفها إنفعال القلق .. هذا الإنفعال الذى يكون العامل الحاسم والرئيسى ومحور هذه الإضطرابات.

كما أن عدم التحكم فى الإنفعال – وخاصة إنفعال الغضب – يقود الشخص إلى إمكانية إرتكاب الجريمة .. ولذا فقد أعطى الإسلام – كمثال – لإنفعال الغضب الكثير من العناية والإهتمام وأحاديث الرسول – صلى الله عليه وسلم – فى كيفية التعامل مع الغضب واضحة وأن المسلم القوى هو الذى يملك نفسه عند الغضب لأن الإستسلام لهذا الإنفعال يقود إلى ما لا يحمد عقباه حيث لا ينفع الندم بعد إرتكاب الجريمة.

كما أن الإنفعال الزائد – غير المرشد – يمكن أن يقود بالفرد إلى عدم إتخاذ القرار الصائب خاصة إذا كان هذا القرار مرتبط بمصير الفرد مثل : إتخاذ قرار سفر، أو زواج، أو طلاق، أو إرتباط بشخص ما فى علاقة تجارية مثلا .. حيث تكون النتائج (إذا لم تجمع المعلومات الكافية وتتخذ القرار بهدوء وتروى) وخيمة والمفترض أن تكون الإنفعالات – أخيرا – تتسم بالآتى :

١ – أن تكون مناسبة.

٢ – أن تكون متوازنة.

٣ – لا إفراط ولا تفريط.

٤ – أن لا تستمر فترة طويلة بل تنتهى فور إنتهاء الحدث.

(راجع كتابنا : كيف تتحكم فى إنفعالاتك، ٢٠١٣)

ونتكفى بهذا القدر من الحديث عن الإنفعالات مع ضرورة الأخذ فى الإعتبار حقيقة أن الإنفعالات تتطور وتتغير بتقدم الشخص فى العمر وأن من أهم العوامل التى تؤثر فى الإنفعالات عاملى : النضج (أى مدى تقدم الشخص فى النمو) والتعلم (لأن الأحداث تتراكم مكونة ما يسمى بخبرة التعامل مع الأحداث، وأن المثل القائل : اللى يمشى يشوف أكثر) دلالة على تراكم الخبرات والأحداث فى نفس وعقل ووجدان الشخص مما تجعله أكثر إستعدادا للتحكم فى إنفعالاته (وإن اللى اتلسع من الشُوربة ينفخ فى الزبادى) دلالة على إستفادة الشخص من (حدث صادم) وكيف أنه يحاول (تجنب) الدخول فى (تجربة مماثلة) فيستعد لها بشحن العديد من الطاقة والجهد تجنبا لعدم تكرار الأحداث المؤلمة (واللي أتقرص من التعبان يخاف من الحبل) وهي جميعا أمثال تؤكد تأثير خبرات قديمة في التعامل مع خبرات ومواقف وأحداث جديدة (واللي يعيش ياما يشوف).

أما عن نماذج من الاضطرابات السيكوسوماتية فهذا سيكون محور حديثنا في الفصل القادم فالي هناك.

المراجع

أولا : المراجع العربية :

١ - إبراهيم وجيه، مصطفى الصفطى، أحمد شعبان، محمد المغربى (١٩٩٩) **مدخل فى علم النفس التعليمى**، الإسكندرية، مطبعة الجمهورية.

٢ - أحمد عزت راجح (١٩٨٥) : **أصول علم النفس**، القاهرة دار المعارف.

٣ - أحمد عكاشة (١٩٧٥) : **التشريح الوظيفى للنفس**، القاهرة، دار المعارف، الطبعة الثالثة.

٤ - أحمد عكاشة (١٩٩٨) : **الطب النفسى المعاصر**، القاهرة، الأنجلو المصرية.

٥ - أحمد فائق (١٩٨٤) : **مدخل علم النفس**، القاهرة، مطبعة كومت للطباعة والنشر والتوزيع. الطبعة الرابعة.

٦ - سعد جلال (١٩٨٥) : **المرجع فى علم النفس**، القاهرة، دار الفكر العربى.

- سيرجون أنجلش، جيرالد بيرسون (١٩٥٨) : **مشكلات الحياة الإنفعالية**، ترجمة قدرى حفنى وآخرون، القاهرة، دار الثقافة الإنسانية للنشر.

- محمد حسن غانم (٢٠١٣) : **كيف تتحكم فى إنفعالاتك**، كتاب اليوم الطبى، القاهرة : مؤسسة الأخبار للصحافة.

- محمد حسن غانم (٢٠١٤) : **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية،

الطبعة الثانية.
٧ – عادل صادق (١٩٩١) : **كيف تواجه ضغوط الحياة**، الكويت، مجلة العربى، عدد سبتمبر، رقم ٣٩٤، ص ص : ٥٥ – ٥٩.
٨ – عبد الستار إبراهيم، محمد فرغلى فرج، سلوى الملا (١٩٧٣) : **السلوك الإنسانى** – نظرة علمية، القاهرة دار الكتب الجامعية.
٩ – عبد اللطيف خليفة، شاكر عبد الحميد، محمد نجيب، جمعة يوسف، معتز عبد الله، سعيد الغباشى، عبد الحليم محمود (١٩٩٠) : **علم النفس العام**، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ص ص : ٤٥٣ – ٤٩٦.
١٠ – عبد المنعم الحفنى (١٩٧٥) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، القاهرة، الجزء الأول، مكتبة مدبولى.
١١ – فرج طه (١٩٧٩) : **الشخصية ومبادئ علم النفس**، القاهرة، مكتبة الخانجى.
١٢ – فرج طه، شاكر قنديل، حسين عبد القادر، مصطفى كامل (١٩٩٣) : **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى**، القاهرة، دار سعاد الصباح.
١٣ – لطفي فطيم (١١٩٧٩) : **العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية**، دكتوراه غير منشورة، بنات عين شمس.
١٤ – محمد حسن غانم (٢٠٠١) : **حياتك بلا خوف**، القاهرة، كتاب اليوم الطبى، عدد أغسطس، أخبار اليوم.

١٥ – محمد حسن غانم (٢٠١٠) : **علم النفس الإكلينيكى – تشخيص الأمراض النفسية والعقلية**، القاهرة، المكتبة المصرية، الإسكندرية.
١٦ – محمود السيد أبو النيل (١٩٨٤) : **الأمراض السيكوسوماتية : دراسات عربية وعالمية** القاهرة الجهاز المركزى للكتب الجامعية والوسائل التعليمية الطبعة الثالثة، الجزء الثانى.
١٧ – مصطفى زيور (١٩٧٥) : **مصطلح الإنفعال فى : معجم العلوم الإجتماعية**، إشراف إبراهيم مدكور، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
١٨ – مصطفى زيور (١٩٨٤) : **فى النفس. بحوث مجمعة فى التحليل النفسى**، القاهرة، دار النهضة العربية.
١٩ – ممدوحة محمد سلامة (٢٠٠٠) : **مقدمة فى علم النفس**، **القاهرة**، دار النصر للتوزيع والنشر.

ثانيا : المراجع الأجنبية :

20- Carison, J & Halfield, E (1991). **Psychology of emotions**, llolt* RIne- hart, and winston.
21- Kasdin, A (2000) : **Encyclopedia of psychology**. London : Oxford Univeristy Press.
22 - Mayer, J. of Gehr. G(1996) : **Emotional intelligence and the Identficaltion of emotion**. intekkigen ce, 22, pp. 89-114.
23 - Greenberg, L&Goldman, R. (2008) :

Emotion-of cused couples therpy. London : Eurospan Grovp.

24 – Petreson, C. (1996) : Psychology of ab-normality. London: harcourt Brace.

25- Laurcn. B., NclLs. & John. A (1999) **Ab-normal psychology**, current personality, Bos-ton, McGraw. HilL

26- Lil)irinan, R., Drisiw. & Muesor, K (1989). Social Skills Training for p-. pi units. New York: pergamon press.

27- Myers. D (1993; I lu pursuit of happiness. New York, Avon Rooks.

28- Meyrs, D (1995). p&ydiology, worth pub-lishers. New York.

29- Tarris^ (1989). **An'cn the Misiindcrslood emation** (revised edition) New 'york.. Siiii.,11 .\. Schuster.

30- The Corsuie Encyclopedia of psychology and Behavioral Science (vol 2) (2001): **Emo-tioncs**. New York: John wilcy & sons, (3rd. ed) pp. 495^96.

الفصل الخامس

نماذج من الإضطرابات السيكوسوماتية

محتويات الفصل

الفصل الخامس

نماذج من الإضطرابات السيكوسوماتية

مقدمة :

ذكرنا أن الإنفعالات تلعب دور رئيس فى أحداث الإضطرابات السيكوسوماتية. ولذا فإن التعبير عن الإنفعال يكون له الدور الحاسم فى إمكانية إصابة أو عدم إصابة الفرد بكافة أنوا ع وصور الاضطرابات والأمراض.

ولتوضيح ما سبق بصورة أوسع حيث إن ما يهمنا هو حالة إنفعال من آثار جسمية ونفسية على الإنسان وقد بين العلامة مصطفي زيور (١٩٨٤) ما يؤدى إليه كف التعبير عن الإنفعال من إضطرابات عضوية ملخصا ذلك بقوله "قد دلت التجارب الإكلينيكية فى ميدان الطب النفسى على أنه إذا قامت فى سبيل التنفيس عن الإنفعال عوائق صادرة من البيئة أو من عقائد الإنسان وأوهامه فإن نضالا لا يقوم فى النفس لا يلبث أن يقف منه صاحبه موقف النعامة من الخطر الذى يهددها عندما تضع رأسها بين قوائمها فلا تراه أو بعبارة أخرى فإن فى طبيعة الإنسان ميلا إلى التخلص من ألم النضال النفسى بأن يمنع موضوعه من الظهور فى حيز الشعور فأن ذلك من شأنه أن يخلق حالة دائمة من التوتر قد تكون سببا فى إضطرابات دائمة فى الوظائف العضوية. (مصطفى زيور، ١٩٨١، ص ٢٤٨).

ويؤكد عادل صادق (١٩١٩) على ما سبق بأن الضغوط النفسية ترهق النفس، والنفس حين تنوء بحملها يشاركها

الجسد آلامها. فالجسد قد يتفاعل مع الضغوط فيصيبه الإضطراب المؤقت او الدائم. وقد يعانى الإنسان من أعراض مختلفة قد تستمر دون أن نعرف لها سببا كالقئ، الغثيان، الدوخة، طنين الأذن، آلام البطن، أو الظهر أو الصداع ... إلخ. وقد يصاب الإنسان بأزمة صحية حادة كالذبحة الصدرية أو جلطة فى أحد شرايين القلب أو المخ أو يصاب بشكل مفاجئ بمرض السكر أو تسمم الغدة الدرقية أو إرتفاع فى ضغط الدم .. وبالسؤال الدقيق نجد أن هذا الإنسان قد تعرض قبل بدء هذه الأعراض والأزمات الصحية الجسدية إلى ضغوط هائلة ويصعب التعامل معها .. وأحداث مؤلمة وموجعة فى حياته أخلت بتوازنه وإستلزمت منه جهدا أو سببت له إجهادا لإعادة التكيف، فإذا كانت الضغوط بسيطة يمكن أن يتكيف معها، وإذا كانت ضغوط هائلة ويصعب التعامل معها وإزالتها فى حينها فهى إعاقة وألما ومعاناة. والطبيب الواعى هو الذى يهتم بصحة مريضه النفسية والعضوية معاً وهو الذى يهتم بصحة مريضه كوحدة واحدة كإنسان، كما يشير بأنه لا يمكن فصل النفس عن الجسد ولا يمكن فصل الواقع النفسى والحياة الوجدانية الذهنية للإنسان عن التفاعلات التى تتم داخل خلايا أعضاء الجسم. فالمعدة تتأثر بالحزن والقلب يتأثر بالقلق والشرايين تضيق وتزداد سرعة التجلط للضغوط. (عادل صادق، ١٩٩١، ص ص ٥٨ – ٥٩).

تصنيف الإضطرابات السيكوسوماتية :

تتعدد التصنيفات التى قدمت للإضطرابات السيكوسوماتية مع الأخذ فى الاعتبار أن مسألة التصنيف هى (عمل إنسانى) قد نقبل به أو نرفضه ذلك لأن الظواهر لا توجد فى الكون أو حتى داخل الإنسان مصنفة.

ولعل أشهر هذه التصنيفات التي قدمت للاضطرابات السيكوسوماتية الآتى : -

١ - الإضطرابات المعدية المعوية : Gastrointestinal Disorder

مثل : -

- الغثيان.
- القئ.
- الإحساس (بحرقان) فى فم المعدة.
- القرحة المعدية.
- مغص البطن.
- الإسهال.
- الإمساك.
- إلتهاب القولون.

٢ - الإضطرابات الجلدية : Skin Disorder

مثل : -

أ - عصاب الجلد : وفى هذه الحالة يكون المريض هو المتسبب فى المرض مثل :

- قصف الأصابع .

- صبغ الشعر .

- الرهاب الجلدى مثل الخوف من ديدان الجلد، والخوف من سرطان الجلد .. وعادة ما تأخذ هذه الأعراض الطابع الوسواسى القهرى.

ب - إستجابات نفسية مع إضطرابات فسيولوجية مثل:-

- إحمرار الوجه .
- العرق الغزير فى اليدين والرجلين .

جـ - أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسى دورا مهما مثل : -

- الحكة (أو الهرش) .
- الثعلبية البقعية .

د - أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسى دوراً غير محدد مثل : -

- الإكزيما .
- البهاق .
- الصدفية .
- أمراض الحساسية المختلفة .

هـ - أمراض جلدية تصاحب بعض الأمراض الجسمية والتى لها علاقة بالعوامل الإنفعالية مثل : الحكة مع السكر. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٦٥٠-٦٥١).

٣ - الإضطرابات القلبية الوعائية : Cardiovascular Disorder

وهى الإضطرابات المتعلقة بالقلب والأوعية الدموية مثل:-

- الصداع النصفى .
- عدم إنتظام ضربات القلب .
- النوبات القلبية .
- إرتفاع ضغط الدم .
- تصلب الشرايين .

٤ - إضطرابات التنفس : Respiratory Disorders

ونذكر منها على سبيل المثال : الربو الشعبى Bronchial Asthma :

- زيادة التنفس .
- الفواق .

٥ - إضطرابات الغدد خارجية الافراز : Exocline Gland Disorders

مثل :

- الغدد الدهنية .
- حب الشباب .
- العرق المفرط .

٦ - الإضطرابات العضلية العظمية : Musculoskoletal Disorders

مثل :

- آلام الظهر .
- آلام العضلات التوترى (أو تشنج العضلات) .

٧ – إضطرابات الغدد الصماء : Endocrine Disorders

وتشمل هذه الفئة إضطرابات اللاقنوية والتى ترجع آلية عملها إلى خاصية ووظيفة الجهاز العصبى الأتونومى مثل (الغدة النخامية والإدرينالية والغدة التناسلية) والتى تلعب فيها العوامل الإنفعالية دورا مسببا مثل : –

– البول السكرى .
– التسمم الدرقى .

(Alan, E & Michal. H, 1980, P. 228)

وسوف نختار نماذج من التصنيفات السابقة للحديث عنها .

نماذج من الإضطرابات السيكوسوماتية : –

أولا : قرحة المعدة :

يندرج هذا الإضطراب ضمن إضطرابات الجهاز الهضمى، ومن الجدير بالذكر أن الجهاز الهضمى من أكثر أجهزة الجسم التى تتضح فيها الأعراض السيكوسوماتية والتى ترتبط بمدى الإشباع الذى حصل عليه الفرد فى مراحل الطفولة المبكرة وخاصة المرحلة الفمية وما يرتبط بها من مشاعر الحب والثقة من خلال علاقة الطفل بأمه أثناء عملية الإطعام تلك المرحلة التى أسماها **أريكسون** "مرحلة الثقة فى مقابل اللا ثقة" والتى تعتمد على مدى تحقيق الأم من إشباعات طفلها مع وجودها الثابت والمتكرر الذى يعطيه الإحساس بالثقة والأمان، والإنفعالات المرتبطة بالضغوط

تكون مصحوبة بتغيرات فى وظيفة الجهاز الهضمى ومن أكثر الإنفعالات المرتبطة بهذا الجهاز الغضب الذى يؤدى فى النهاية إلى الإصابة بقرحة المعدة. (آمال عبد الحليم، ١٩٩٩، ٤١ – ٤٢).

ويعرف قرحة المعدة على أنها عملية تآكل لجدران المعدة أو الاثنى عشر بواسطة الأحماض والإنزيمات التى تفرزها المعدة وذلك لعاملين هما :

أ – زيادة النشاط الحمضى وخاصة فى قرحة الاثنى عشر Dvodenl Vlcer حيث إن العصارة المعدية تفرز بواسطة الخلايا المسماة Parietal Cells (الخلايا الجدرية) وهذه الخلايا الجدرية تتأثر بعدة هرمونات تفرز أو توجد فى النهايات العصبية ويمكن رصد جملة من العوامل تؤدى إلى زيادة الحموضة مثل :

– زيادة حجم الخلايا الجدارية التى تفرز حمض الهيدروكلويك.

– الخلايا المسؤلة عن إفراز هرمون الجاسترين Gastrin Harmovns الذى يفرز عن طريق الغشاء المخاطى للمعدة والذى يؤثر بصورة رئيسية على الخلايا الجدارية للغدد المعدية لإفراز حمض Hcl الهيدروكلوريك وكذلك يؤثر على الخلايا الرئيسية لإفراز هرمون البيبسين Pepsin .

– زيادة تعرض الفرد للضغوط النفسية والتى تنعكس سلبا على العصب الحائر Vagvs Nerve مع الأخذ فى الإعتبار أن هذا العصب هو الذى يغذى المعدة.

– قلة مقاومة الغشاء المخاطى المبطن للمعدة (فى حالات قرحة المعدة) والعوامل المسببة هى :

أ – إلتهاب المعدة .

ب – عدم وصول الدم إلى المعدة كما فى حالات تصلب الشرايين.

جـ – زيادة إرتجاع السائل المرارى فى المعدة نتيجة إضطرابات العضلة العاصرة التى تتحكم فى خروج السائل.

(Smeh, L, 1996, P. 103)

أسباب قرحة المعدة : يمكن تلخيص الأسباب فى : –

أولا : العوامل الوراثية : حيث تتأثر قرحة المعدة بالعامل الوراثى حيث دلت الأبحاث على أن ٢٠٪ من المصابين بقرحة المعدة قد إنتقلت إليهم الإصابة عن طريق الآباء.

ثانيا : العوامل البيولوجية :

حيث يرجع التقرح فى جدار المعدة إلى زيادة نشاط المعدة سواء فى حركتها أو إفرازاتها حتى ولو كانت خالية من الطعام، حيث زيادة الحموضة عن طريق زيادة حجم الخلايا الجدارية التى تفرز حمض الهيدروكلوريك، ، وكذلك الخلايا الرئيسية، وأيضا قلة مقاومة الغشاء المخاطى المبطن للمعدة، حيث عدم وصول الدم إلى المعدة فى حالات تصلب الشرايين وزيادة ارتجاع السائل المرارى فى المعدة نتيجة اضطراب العضلة العاصرة التى تتحكم فى خروج السائل حيث يؤدى الى التهاب جدار المعدة وزيادة نسبه مواد هرمون

البيبسين Pepsin Harone فى الدم والبول وتتحدد هذه النسبه منذ الولادة .

كما تبين أن ذوى فصيلة الدم (O) أكثر استعداد عن غيرهم للإصابة بالقرحة المعدية، وأن عامل التدخين أو المدخنين عموماً ترتفع لديهم نسبة الإصابة بالقرحة الهضمية إرتفاعا ملحوظا حيث تعد مادة (النيكوتين) عامل من أهم العوامل التى تؤدى إلى إلتهاب جدار المعدة.

كما إكتشف أن من العوامل التى تؤدى إلى الإصابة بقرحة المعدة الإصابة بميكروب الحلزونى وذلك بنسبة ٤٠٪ أو أيضا قد تكون القرحة المعدية تالية لتناول بعض الأدوية كالمسكنات وأدوية الروماتيزم والأسبرين (خاصة إذا تم تناول هذه الأدوية بدون إستشارة طبيبه).

ثالثا : العوامل النفسية :

على الرغم من أن السبب المباشر للقرحة المعدية هو الإفراز الزائد لأحماض المعدة التى تلعب جدرانها وتهيجها وتصل فى النهاية إلى تآكل كل هذه الجدران فإن هذ الإفراز الزائد يأتى غالبا من حالة الضغط المزمن الناجم عن توتر إنفعالى مستمر وتوجد قرحة المعدة عادة عند الأفراد ذو الطموح المرتفع وحب الإدارة والسلطة (المريسة) الذين يتصارع سلوكهم الخارجى مع رغباتهم فى الإعتماد على الغير وتنتشر بين الرجال أكثر من النساء.

وير البعض الآخر تفسير السيكولوجية المصابين بقرحة المعدة بأنهم فى الحقيقة وهم فى سن البلوغ يريدوا أن

يعاملوا كما لو كانوا يرضعون من أثداء أمهاتهم لأنهم يستجيبون نفسيا وفسيولوجيا كما لو كانوا جياعا طول الوقت فمعداتهم دائمة الإفراز وكأنها على وشك الإستعداد لإستقبال الطعام وقد أمكن دراسة تأثير الإنفعالات على المعدة ونشاطاتها من خلال حالات مرضية نادرة تسنى معها رؤية جدار المعدة رؤي العين وتأخذ عينات من عصارتها فورا في المواقف الإنفعالية المختلفة وتبين مثلا أن الخوف والإكتئاب لهما تأثيرهما على إفرازات المعدة بينما الغضب والقلق على العكس يزيدون من حركة المعدة وإفرازات حمض الهيدروكلوريك ويضخان الدم في الأوعية الدموية في الجدار حتى ليكون من السهل تلف الغشاء المخاطي.

(آمال عبد الحليم، ١٩٩٩، ٤٣ - ٤٥، أحمد عطاشة، ١٩٩٨، ٦٤٥، ٦٤٦، محمود أبو النيل، ١٩٩٤). (محمد حسن غانم ٢٠١٠).

أعراض مرض قرحة المعدة : Sign of Gastriculcer

وتأخذ العلامات الآتية :

١ - ألأم متنوعة تأخذ المظاهر المتعددة من حرقان أو مغص ويوجد فوق (السره) ناحية اليمين أو في منطقة أسفل الصدر ويزيد بعد تناول الطعام أو في قرحة الاثنى عشر يزول الألم بعد الأكل مباشرة على عكس قرحة المعدة الذى يزول بعد القئ.

٢ - **القئ** : ويكثر في قرحة المعدة عنه في قرحة الاثنى عشر.

٣ - نزيف عن طريق الفم كما فى قرحة المعدة أو عن طريق فتحة الشرج فى قرحة الاثنى عشر.

٤ - زيادة الشهية خاصة فى قرحة الاثنى عشر لكى يزيل الألم ولكن تقل هذه الشهية فى قرحة المعدة خوفا من الألم لهذا يكون هناك نقص فى الوزن.

٥ - إمساك مزمن ومن أسبابه الألم أو تناول أدوية خاصة بالقرحة أو وجود ضيق حاد فى القولون.

مضاعفات قرحة المعدة :

١ - نزيف Hemorrhage .

٢ - تليف القرحة المعدية الذى يؤدى إلى الإشداد المعوى وتغير شكل المعدة.

٣ - ثقب فى جدار المعدة وقد يؤدى إلى إلتهاب بريتونى أو خراج أسفل الحجاب الحاجز.

٤ - التحول إلى قرحة خبيثة أو سرطانية وذلك بنسبة ٥٪ وخاصة فى حالات قرحة المعدة.

طرق تشخيص قرحة المعدة :

١ - عن طريق المناظير الضوئية Endoscopy وهى أحدث طرق للتعرف على القرحة وكذا للتفرقة بين القرحة الحميدة والقرحة الخبيثة.

٢ - التشخيص بالأشعة عن طريق وجبة الباريم وهى تشخيص القرحة فى أقل من ٨٠٪ من عدد الحالات.

٣ - إختبار الهيستامين Hestmine لقياس القدرة الإفرازية للمعدة.

(شهاب الدين فتحى، ٢٠٠٣).

ثانيا ضغط الدم Blood–perssure

ولعل أشهر أشكاله ضغط الدم المرتفع.

تعريفه : يحدث إرتفاع ضغط الدم عندما تصبح الشرايين ضيقة مما يدفع القلب للعمل بجهد أكبر لدفع الدم إلى أنحاء الجسم وبذلك تزداد قوة الدفع على جدران الشرايين عن حدود السلامة.

ويتم قياس ضغط الدم بواسطة جهاز خاص يسمى جهاز قياس الضغط.

- **الضغط الإنقباضى** : وهو ضغط الدم أثناء إنقباض القلب أو قوة إندفاع الدم على جدران الشرايين عند سماع نبض القلب وإندفاع الدم بالسماعة وهذه القراءة تشكل القراءة العليا للضغط.

- **الضغط الإنبساطى** : وهو ضغط الدم أثناء إنبساط الدم أو قوة إندفاع الدم على جدران الشرايين عند إسترخاء القلب بين النبضة والأخرى.

ويحدد عند إختفاء صوت تدفق الدم بالسماعة

وينقسن الضغط المرتفع إلى درجات كالآتى :

- ضغط الدم مرتفع بسيط : ١٤٠ – ١٥٩مم زئبق

٩٠ – ٩٩

- ضغط دم مرتفع متوسط : ١٩٠ – ١٧٩مم زئبق

١٠٠ – ١٠٩

- ضغط الدم مرتفع شديد أكثر من ١٨٠مم زئبق

١١٠

(سمير صالح، ٢٠٠١، ١٢ – ١٣).

وضغط الدم هو المعيار الذى يشير إلى مدى صلاحية القلب للعمل على أنه مضخة صالحة تقوم بضخ الدم فى الدورة الدموية لسد متطلبات الأجهزة والأنسجة المختلفة، وفى الوقت نفسه، تعطينا إشارة إلى مدى صلاحية الشرايين التى يسرى فيها الدم فهى تعطينا إشارة عما إذا كانت هذه الشرايين ضيقة أو متصلبة أو مرنة أو تضيق بحسب ما يتطلبه الجسم. فضغط الدم يعتمد على عاملين أساسيين وهما :

أ - كمية الدم الذى يضخه القلب فى الدقيقة.

ب - مدى مقاومة الشرايين لسير هذه الكمية التى يجرى فيها.

ومن هنا تبرز العلاقة المباشرة بين ضغط الدم وأمراض القلب المتعددة وذلك لأن العلاقة هنا واضحة من خلال تحديد مسؤلية ضغط الدم فى إحداث الأمراض القلبية المتعددة والمرتبطة بالشرايين.

ويرى الخبراء المتخصصون أن ضغط الدم الخاص بالإنسان الذى يقل المقياس عن ٩٠/١٤٠ MMHG يعد ضغطا طبيعيا للدم، والذى يزيد عن ١٠٠/١٦٠ MMHG يعنى أن صاحبه يعانى من مرض ضغط دم عال أو إرتفا ع فى ضغط الدم، وأن مثل هذا الشخص يعانى من الإصابة بهذا المرض.

وفيما يلى جدول يوضح القراءات المختلفة للضغط المثالى والمرضى

نوع الضغط	الإنبساطى مم زئبق	الإنقباضى مم زئبق
- الأمثل	١٢ أو أقل	٨٠ أو أقل
- الطبيعى	١٢٩ أو أقل	٨٤ أو أقل
- العالى الطبيعى	١٣٠ ـ ١٣٩	٨٥ ـ ٨٩
- الضغط العالى		
- المرحلة الأولى	٩٠ ـ ٩٩	١٤٠ ـ ١٥٩
- المرحلة الثانية	١٠٠ ـ ١٠٩	١٦٠ ـ ١٧٩
- المرحلة الثالثة	١١٠ أو أكثر	١٨٠ أو أكثر

(يعقوب الكندرى، ٢٠٠٣، ٣١٢).

أجهزة قياس ضغط الدم :

توجد العديد من أجهزة قياس ضغط الدم أشهرها : **الجهاز الزئبقى** وهو أفضل وأقدم أجهزة قياس ضغط الدم، وهو المرجع النهائى فى القياس وعلى أساسه تضبط باقى الأجهزة الأخرى.

ويوجد **الجهاز الهوائى** الذى يعمل بضغط الهواء حيث ينتهى بمؤشر كالسماعة وهو يحتاج للضبط مع الجهاز الزئبقى على فترة من الزمن.

ويوجد أيضا **جهاز ضغط الدم الألكترونى** وتأخذ

أشكال متعددة ما هو على شكل ساعة توضع حول المعصم، وأخرى توضع حول إصبع من أصابع اليد وكل هذه الأجهزة الأليكترونية لا يوصى بإستخدامها لأنها تتكون من دوائر إليكترونية شديدة الحساسية للمجالات الكهرومغناطيسية الموجودة حولها، كما أنها لا تعطى قراءتين متتاليتين متشابهتين، ولذلك لا يعتمد عليها لقياس ضغط الدم ولكن قد يسترشد بها لمعرفة إذا كان إرتفاع فى ضغط الدم أم هبوطا بضغط الدم (شهاب الدين فتحى، ٢٠٠٣، ٢٦ – ٢٨).

العوامل التى تؤثر على ضغط الدم :

توجد العديد من العوامل ومن أهمها : –

١ – **معدل ضربات القلب** : كلما ذاد معدل ضربات القلب – زاد ضغط الدم وتظهر هذه الحالة عند الرياضيين والعدائين، وكذلك أثناء الممارسة الجنسية أو حالات الخوف الشديد.

٢ – **معدل سريان الدم الوريدى** : أى عودة الدم الوريدى إلى القلب مرة أخرى .. كلما زاد هذا المعدل زادت ضربات القلب وبالتالى يزيد ضغط الدم الشريانى.

٣ – **المقاومة الطرفية** : أى مقاومة الشعيرات الدموية لمرور الدم فيها كلما زادت المقاومة زاد ضغط الدم.

٤ – **إنقباض / إنبساط الأوعية الدموية.**

٥ – **لزوجة الدم** : كلما زادت لزوجة الدم قل سريانه وبالتالى يقل ضغط الدم وتتجلى هذه الحالة تجليا واضحا فى حالة مرضى السكر حيث يحمل الدم بمستوى عال من

السكر فتزيد لزوجته وبالتالى يقل ضغط الدم ويؤثر ذلك بالسلب على القلب مما قد يصيبه بالإعتلال ولذلك نقول إحذر من الثلاثى المدمر : السكر والضغط والقلب (جمال شعبان، ٢٠١٣، ٢٥ - ٢٦).

العوامل الفسيولوجية التى يتأثر بها ضغط الدم :

١ - العمر :

*** فى حديث الولادة يكون ضغط الدم ٨٠ / ٤٠.**

*** عند سن (٤) سنوات يكون ضغط الدم ١٠٠ / ٦٠.**

*** فى سن (٢٠) عاما يكون ضغط الدم ١٢٠ / ٧٠.**

*** فى سن (٦٠) عاما يكون ضغط الدم ١٥٠ / ٩٠.**

أى إنه مع زيادة العمر تقل مرونة الشرايين، والضغط يميل إلى الزيادة.

٢ - الجنس أو النوع : Sex

* قبل سن (٤٥) عاما تكون الأنثى بصفة عامة أقل من الرجل فى ضغط الدم.

* بعد سن (٤٥) عاما يزيد ضغط الدم الإنبساطى فى الإناث نتيجة لحدوث تغيرات هرمونية.

٣ - الريف / الحضر :

* ضغط الدم فى الريفيين أقل من الحضريين نتيجة لقلة الكوليسترول فى الطعام وأيضا ربما لأن الضغوط التى يتعرض لها من يسكن فى الريف تكون فى الغالب أقل من تلك التى يتعرض لها من يعيش فى المدن(وإن كنا نرى أن مثل هذه النتيجة يجب إعادة النظر فيها خاصة وأن الفروق

الحادة بين الحياة فى الريف والمدن قد أنداحت).

٤ - الإنفعالات :

* لوحظ أن الإنفعالات تؤدى إلى زيادة نشاط الجهاز السمبثاوى والذى يؤدى بدوره إلى إرتفاع ضغط الدم وخاصة (ضغط الدم الإنقباضى).

٥ - الجاذبية الأرضية :

* أثناء الوقوقف يزيد ضغط الدم فى الأوعية الدموية السفلية ويقل فى الأوعية التى أعلى من مستوى القلب.

٦ - الرياضة :

* تزيد الرياضة وممارستها من ضغط الدم الإنقباضى وتقلل من ضغط الدم الإنبساطى.

٧ - التنفس :

* أثناء الشهيق يقل ضغط الدم ولكن أثناء الزفير يزيد بمقدار ١٠مم زئبق. (آمال عبد الحليم، ١٩٩٩، ٥٤ - ٥٥).

أنواع إرتفاع ضغط الدم :

١ - **ضغط الدم الإنقباضى** Systolic Hypertension

٢ - **ضغط الدم الإنبساطى** Diastolic Hypertension

أ - **أساسى** Essential

ب - **ثانوى** Sccondary

ونجد أنه من حيث حدة أو درجة إرتفاع وخطورة ضغط الدم يمكن أن يقسم إلى : -

أ - **ضغط الدم الحميد** Benign Hypertension

ب - **ضغط الدم الخبيث** Malignant Hypertension

حيث يرتفع ضغط الدم الإنبساطى إلى ١٣٠مم زئبقى خلال (٦) أشهر، ويكون سريع التطور، ويقاوم العلاج وغالبا ما ينتهى بالوفاة. (المرجع السابق، ص ٥٨).

أعراض إرتفاع ضغط الدم :

١ – ضيق التنفس والنهجان خاصة عند القيام بمجهود.

٢ – الصداع وآلام الرأس ويتميز هذا الصداع بأنه يحدث فى الصباح الباكر ويكون شديدا، وأحيانا يكون مصحوب بغثيان وأحيانا يكون خلف الرأس.

٣ – **الوخة** : خاصة فى حالة إرتفاع ضغط الدم.

٤ – حدوث نزيف من الأنف بدون سبب واضح وقد يكون عرضة للإصابة بإرتفاع ضغط الدم.

مضاعفات مرضى إرتفاع ضغط الدم (إذا لم يعالج) :

١ – تصلب الشرايين وتشقق جدرانها.

٢ – القلب خاصة (هبوط القلب) مما يؤدى إلى هبوط إحتقانى فى القلب وذلك يؤدى إلى إرتشاح رئوى حاد.

٣ – تصلب شرايين القلب التاجية مما يؤدى إلى الإصابة بالذبحة الصدرية أو جلطة الشريان التاجى.

٤ – الدماغ : حدوث جلطة بالشرايين الرئيسية للدماغ نتيجة تصلب شرايين المخ.

٥ – حدوث نزيف بالمخ نتيجة الإرتفاع الشديد فى ضغط الدم وينتج عن حدوث ما سبق الآتى : –

أ – حدوث غيبوبة.

ب – حدوث شلل.

جـ - صعوبة فى الكلام.

د - ضعف فى الذاكرة.

٦ - العينين : قد يؤدى إلى نزيف خفيف بالعين مما يؤثر على البصر أو قد يقود فى أسوء الظروف إلى العمى التام.

٧ - الكليتين : قد يؤدى إلى فشل كلوى نتيجة تصلب فى شرايين الكلى، وكذلك تأثير الضغط المرتفع على الكلى نفسها مما يؤدى إلى تراكم النفايات فى الدم مما يؤدى إلى تسمم الجسم ويحتاج إلى (غسيل كلوى) مستديم.

(سمير صالح، ٢٠٠١، ١٦ - ١٧).

الأشخاص المستهدفون للإصابة بإرتفاع ضغط الدم :

وهؤلاء الأشخاص يرتبطون بالعوامل الآتية : -

١ - التاريخ المرضى للعائلة.

٢ - تزداد الإصابة بإرتفاع ضغط الدم مع **تقدم السن.**

٣ - وجد أن الإصابة بإرتفاع ضغط الدم **تزداد فى الذكور عنها فى الإناث** قبل سن ٥٠ سنة، بينما تتساوى النسبة عند سن ٥٠ سنة ولكن عند سن ٥٥ سنة - ٦٠ سنة تزداد الإصابة فى الإناث عنها فى الذكور.

٤ - تزداد الإصابة بإرتفاع ضغط الدم بين الناس ذوى الأوزان الزائدة. ومع إنخفاض الوزن يقل الضغط.

٥ - وجد أن الأشخاص السود (كالزنوج) معرضين لهذا المرض أكثر من الأشخاص ذوو البشرة البيضاء.

٦ - وجد أن **الإكثار** من تناول (الأملاح والمخللات) والجبن والأغذية المحفوظة والمعلبات والأغذية الغنية بأملاح

كلوريد الصوديوم (ملح الطعام) يرتفع لديهم الإحتمال بالإصابة بضغط الدم.

٧ - **القلق والتوتر** : حيث توصلت العديد من نتائج الدراسات الطبية عن وجود علاقة بين الإستغراق فى التوتر والقلق وبين إرتفاع ضغط الدم .. وكذا الأفراد المعرضين للإحباط والتوتر المستمر.

٨ - وجد أن الأشخاص الذين **لا يمارسون رياضة** ويميلون إلى الراحة والكسل وعدم بذل أى مجهود جسمانى تزيد إحتمالات إصابتهم بإرتفاع ضغط الدم على المدى الطويل.

٩ - **مرض البول السكرى** : حيث وجد أن المرضى الذين يعانون من مرض البول السكرى أكثر عرضة للإصابة بإرتفاع ضغط الدم مقارنة بغيرهم.

١٠ - تناول **الكحوليات** يؤدى إلى الإصابة بإرتفاع ضغط الدم.

١١ - **التدخين** من العوامل المؤدية إلى إرتفاع ضغط الدم وذلك نتيجة إفراز هرمون (النورادرينالين) بسبب النيكوتين الموجود فى السجائر وهذا بالإضافة لمضاعفات التدخين الأخرى المعروفة من تأثيره السيئ على القلب والرئتين.

(سمير صالح، ٢٠٠١، ١٥ - ١٦).

الفحصوات اللازمة لتشخيص ضغط الدم المرتفع :

١ - إختبار قاع العين .

٢ - رسم القلب .

٣ - أشعة على الصدر .

٤ - فحصوات مرتبطة بتشخيص أورام المخ : -

- أشعة عادية على الجمجمة

- أشعة بالصبغة على شرايين الرأس

٥ - الفحوصات الخاصة بالكليتين مثل : -

- أشعة بالصبغة على الجهاز البولى - تحليل بول - بولينا الدم .

- أشعة بالصبغة على الشرايين الكلوية - كريانتين بالدم.

٦ - فحصوات مرتبطة بالغدد الصماء : -

- زمله أعراض مرض كوشينج

- مرض تضخم الأطراف

(آمال عبد الحليم، ١٩٩٩، ٦٣ - ٦٤).

أسباب إرتفاع ضغط الدم :

أولا : الأسباب الأولية : -

أسباب إرتفاع ضغط الدم الإنقباضى :

١ - حالات تصلب الشرايين حيث إن الشرايين المتصلبة لا تنبسط مع إنقباض القلب مما يؤدى إلى هبوط فى ضغط الدم الإنبساطى ويؤدى إلى زيادة الفرق بين ضغط الدم الإنقباضى والإنبساطى وهو مايسمى بضغط النبض.

٢ - سرعة الدورة الدموية فى بعض الحالات المرضية.

٣ - قلة عدد ضربات القلب.

٤ - زيادة إفراز الغدة الدرقية.

٥ – الحمل.

٦ – الأنيميا الشديدة.

٧ – فشل خلايا الكبد.

٨ – الإرتفاع الشديد للدم بالصمام الأورطى.

أسباب ارتفاع ضغط الدم الإنبساطى :

ليس هناك سبب مباشر لإرتفاع ضغط الدم الأولى عضويا ومعظم الحالات المرضية من هذا النوع لذلك توجد العديد من النظريات والآراء التى حاولت تفسير أسبابه مثل:–

النظريات الطبية : خاصة نظرية العامل الوراثى حيث توجد العديد من المؤشرات التى تؤكد إمكانية توارث هذا المرض.

نظرية محرك الأوعية : وهذه النظرية ترجع إرتفاع ضغط الدم إلى زيادة نشاط مركز تنظيم قطر الأوعية الدموية والذى يوجد بالجهاز العصبى المركزى والتى ترسل إشارات عصبية تعمل على إنقباض الأوعية الدموية وبالتالى إرتفاع ضغط الدم.

النظرية الكلوية : حيث تفترض هذه النظرية أنه حينما تقل نسبة الدم التى تصل إلى الكليتين فهذا يؤدى إلى زيادة تحويل مادة الرئين Renin وهذا يؤدى إلى تحويل بعض الأنزيمات إلى أنزيمات أخرى مسؤلة عن إرتفاع ضغط الدم.

النظرية الغددية : وتفترض هذه النظرية أن سبب إرتفاع ضغط الدم ناتج عن إفراز القشرة الخارجية للغدة الكظرية

وهذا الإفراز يؤدى إلى زيادة الالدوستيرون Aldosteron فى الدم والذى يؤدى إلى تخزين كمية من الصوديوم والماء وهذا يؤدى بدوره إلى إرتفاع ضغط الدم.

نظرية العوامل المتعددة : وتؤمن هذه النظرية بإمكانية تداخل العوامل السابقة مع بعضها البعض.

نظرية العوامل النفسية والإجتماعية : ويشير أنصار هذه النظرية إلى الأدوار التى تلعبها العوامل النفسية والإنفعالية والإجتماعية فى نشأة المرض وتطوره.

(Samoh, ١٩٩٥, ١١٢ - ١٢٠)

ثانيا : الأسباب الثانوية لإرتفاع ضغط الدم : -

١ - أسباب كلوية : مثل

- الإلتهاب المزمن لحوض الكلى.
- مرض الكلى المتعددة الحويصلات الخلفية.
- الدرن الكلوى.
- بعض أمراض الكلى مثل : النقرس الكلوى ومرض السكر المتعلق بتصلب أجسام ملبيجى.
- قصور فى إمداد الكلى بالدم نتيجة ضيق شرايين الكلى.
- أسباب حدوث ضغط الدم الناتج عن أمراض الكلى.

٢ - أسباب مرتبطة بالغدد الصماء : مثل

- زيادة إفراز الغدة النخامية.
- تسمم الحمل.
- مرض (الفيوكروموساتيوما) وهو زيادة إفراز

الإدرينالين أو النورأدرينالين نتيجة لوجود (ورم) فى الغدة الكظرية.

٣ - أسباب تتعلق بأمراض القلب والأوعية الدموية : مثل

- ضيق الشريان الأورطى.
- مرض العقد حول الشرايين المتلهبة.
- التسمم المزمن بمادة الرصاص.

٤ - أسباب مرتبطة بالدم : مثل

- مرض بولى سيازيماتير Pdycythemia

٥ - أسباب مرتبطة بالجهاز العصبى : مثل

- زيادة الضغط داخل الجمجمة.
- الأورام أو الإلتهابات بالنخاع الشوكى.

(شهاب الدين فتحى، ٢٠٠٣).

الحالة النفسية فى مرضي إرتفاع ضغط الدم :

أشارت العديد من الدراسات أن الحالة النفسية تلعب دورا رئيسيا فى إمكانية إصابة الفرد بهذا المرض فالأشخاص غير القادرين على مواجهة ضغوط الحياة أو أصحاب النمط (أ) وهى شخصية طموحة تسعى لتسلق السلم الإجتماعى وتحقيق أهدافها سريعا وهى فى سبيل ذلك تبذل غاية جهدها وتدمن العمل ولا تسعى للإسترخاء أو الراحة فتلغى إحتياجاتها حتى تحقق إنجازاتها أو تنظر دوما إلى الوقت على أساس أنه (سلاح مسلط) عليه فيحاول قدر جهده أن يسابقه فالوقت لديه كالسيف إن لم يقطعه

قطعك أو هو يهتم بالنهايات أو النتائج ويريد أن يحقق على طموحاته فى أسرع وقت أى يريد أن يختصر الوقت ويلغى الحواجز ويقفز من فوق العقبات. (محمد غانم، ٢٠٠١، ٨٥-٩٧)

وفى المقابل توصلت العديد من الدراسات إلى أن التفاؤل والعمل يلعبان دوراً رئيسيا فى إمكانية عدم إصابة الفرد لا بالضغط المرتفع ولا بغيره من الأمراض الأخرى ذلك لأن حالة التفاؤل والأمانى الطيبة والتوازن يلعب دوراً جد هام فى سواء الفرد. (جمال شعبان، ٢٠١٣، ١١٩-١٢٣).

علاج ضغط الدم المرتفع :

١ - العلاج بغير الأدوية : Non Medicol Treatment

حيث يجب على المريض إتباع الخطوات والإرشادات التالية : -

- تخفيف الوزن إن كان بدينا.
- الإقلال من ملح الطعام (ويمكن إستبداله بالليمون).
- الإقلال من المخللات والأجبان أو الأسماك المملحة.
- التوقف عن شرب الكحول.
- التوقف عن التدخين.
- التقليل من الأطعمة الغنية بالدهون.
- تغيير نمط حياته بالبعد بقدر الإمكان عن التوتر والقلق والضغط النفسى.

٢ - العلاج بالأدوية : Medicol Treatment

هناك الكثير من المجموعات الدوائية التى تستحدم لعلاج إرتفا ع ضغط الدم ويمكن إستخدام علاج من مجموعة واحدة Mono Therapy أو من مجموعتين مختلفتين Double Therapy ويسمى علاجا مزدوجا، أو من ثلاث مجموعات Tripe therapy ويسمى علاجا ثلاثيا.

مجموعات علاج ضغط الدم المرتفع :

- مدرات البول.
- مثبطات بيتا.
- مثبطات الإنزيم المحول للأنجوتنسين.
- مضادات الأنجوتنسين.
- مثبطات قنوات أيون الكالسيوم.
- مثبطات ألفا وبيتا.
- مثبطات الجهاز العصبى.
- موسعات الأوعية الدموية.

(شهاب الدين فتحى، ٢٠١٣، ٩٦ - ٩٩).

وأخيرا فإن هذا المرض يعد (قاتل صامت) وتزداد الإصابة به فى كافة المجتمعات ولعل (الإيقاع السريع للأحداث) للحياة وأسباب أخرى وراء الإصابة به. ومصر تعد واحدة من أعلى معدلات الإصابة فى العالم حيث يصيب هذا المرض حوالى ٢٦٪ من الأشخاص فوق سن ٢٥ عاما، ويزداد معدل الإصابة مع زيادة عمر الإنسان فى العالم. وفى مصر تصل نسبة الإصابة فى المرحلة العمرية من ٥٥ سنة إلى ٦٤ سنة حوالى ٦٠٪ ، كذلك لوحظ وجود إختلافات

جغرافية فى معدل الإصابة فى مصر، ففى القاهرة يوجد أعلى معدل للإصابة (حوالى ٣١٪) بينما الواحات لديها أقل معدل إصابة (حوالى ٢٠٪). (يسن الشحات، ١٩٨٤، سمير صالح، ٢٠٠١، ١١).

كما أن هذا المرض – وغيره – قد إنتشر فى دول الخليج وأصبح محط دراسة من قبل تخصصات مختلفة. فعلى سبيل المثال أصبح الأنثربولوجيين يهتمون بهذا المرض وذلك لإرتباطه بالعديد من عوامل التغير الإجتماعى والثقافى، وكذا التحديث، والإندماج الثقافى أو الإتصال بالمجتمعات المتقدمة والذى يشمل ويضم تأثيرات من متغيرات نفسية وإجتماعية متعددة إرتبطت بالتغيير.

(يعقوب يوسف الكندرى، ٢٠٠٣، ٣٤١).

ونكتفى بهذا القدر من الحديث عن بعضا من الإضطرابات السيكوسوماتية.

المراجـــــع

أولا : المراجع العربية

- أحمد عكاشة (١٩٩٨) **الطب النفسى المعاصر** : القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

- آمال عبد الحليم سيد (١٩٩٩) **علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضبط : دراسة مقارنة لحالات مرض ضغط الدم المرتفع وقرحة المعدة**، ماجستير غير منشور، آداب عين شمس.

- جمال شعبان (٢٠١٣) **ضغط الدم : التوتر - القلق - الإنفعالات** : القاهرة، كتاب اليوم الطبى، مؤسسة الأخبار.

- سمير صالح وفا (٢٠٠١) **كل شئ عن ضغط الدم المرتفع** فى كتاب أنت وضغط الدم المرتفع، القاهرة : كتاب اليوم الطبى، مؤسسة الأخبار، ص ص ٩ - ٢٢.

- شهاب الدين فتحى (٢٠٠٣) **ضغط الدم المرتفع (الأسباب - الأعراض - المخاطر - العلاج)** كتاب الهلال الطبى، القاهرة، دار الهلال.

- عادل صادق (١٩٩١) **كيف نواجه الضغوط النفسية**، مجلة العربى، الكويت. (ن ديسمبر ١٩٩١).

- محمد غانم (٢٠٠١) **الحالة النفسية وإرتفاع ضغط الدم** فى كتاب : أنت وضغط الدم المرتفع، القاهرة : كتاب اليوم الطبى، مؤسسة الأخبار، ص ص ٨٣ - ٩٨.

- محمود السيد أبـو النيل (١٩٩٤) **الأمـراض السيكوسوماتية فى الصحة النفسية**، بيروت، دار النهضة العربية.

- مصطفى زيور (١٩٨٤) **فى النفس - بحوث مجمعة فى التحليل النفسى**، القاهرة : دار النهضة العربية.
- محمد حسن غانم (٢٠١٠) **الإضطرابات النفسجسمية**، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- محمد حسن غانم (٢٠١٣) **كيف تتحكم في انفعالات؟** كتاب اليوم الطبي، القاهرة: مؤسسة الأخبار.
- محمد حسن غانم (٢٠٠٧) **في الصحة النفسية؟** الاسكندرية : المكتبة المصرية.
- يسن إبراهيم الشحات (١٩٨٤) **ضغط الدم - القاتل الصامت**، القاهرة: كتاب اليوم الطبى، مؤسسة الأخبار.
- يعقوب يوسف الكندرى (٢٠٠٣) **الثقافة والصحة والمرض - رؤية جديدة فى الأنثربولوجيا المعاصرة**، الكويت : مجلة النشر العلمى.

ثانيا : المراجع الأجنبية

- Alan, E & Michal, H. (1980) : **New Prespective in Abnormal Psychology**. Oxford University Press.
- Smeh, L. (1996) : **Introduction to Internal Medicine** : Pepticulcer, University Book Center.
- Sameh, L. (1995) : **Introduction to Internal Medicine Hypertension**, University Book Center.

ثانيا : الجزء الميداني

دراسة بعنوان الاضطرابات السيكوسوماتية
وبعض متغيرات الشخصية الديموجرافية
لدي مرضي السكر من النوع الثاني

مقدمة :

بالرغم من أن مرض السكر عرف منذ القدم وتحديداً عند المصريين القدماءوذلك منذ ١٥٠٠ سنة ق.م، وكذلك عرف فى الحضارة اليونانية وسمى بالبول السكرى، وعرف أيضاً عند العرب القدماء بإسم البوال، وتحدث عنه الرازى (٨٦٠-٩٣٢)، وابن سينا (٩٦٠-١٠٣٧) وغيرهما، إلا أنه أصبح الآن من المشكلات الصحية العالمية الكبرى والتى تصيب المجتمعات البشرية فى جميع مراحل التنمية (جبالى نور الدين، ١٩٨٩، ص ص ٣٧-٣٨)؛ (سلوى محمود، ١٩٨٤، ص ص ٣٤-٣٧)؛ (محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ص ص ٣٥٤-٣٥٦)؛ (Gavin, Jame et al, 2003, 7)

إلا أن تزايد الأعـداد من المصابين به، إضافة إلى التدهورات العديدة التى يحدثها لدى الفرد المصاب كل ذلك قد جعل مرض البول السكرى يتصدر قائمة إهتمام العلماء فى محاولة للحد من أضراره، وإبتكار طرق جديدة للعلاج. إذ تصدر هذا المرض مع أمراض القلب والشرايين قائمة الأمراض الوبيلة التى تعرض حياة الإنسان إلى المخاطر والوفاة.

ولذا فقد إنتشر ضحايا هذا المرض فى جميع أنحاء الأرض حتى بلغ عدد المصابين به فى العالم عام ١٩٩٤ ما يقرب من ١١٠ ملايين شخص، ومن المتوقع أن يصل هذا العدد إلى ٢٢٠ مليونا عام ٢٠١٠ إذا إستمر بنفس معدل الإنتشار.(حسن فكرى، ٢٠٠٠، ص ٣)

ولذا فإن الموقع الإلكترونى الأمريكى لمرض السكر يورد الحقائق الآتية حول هذا المرض :

- إنشاء مؤسسة عالمية لمرضى السكر والتى تأسست فى شهر مارس عام ٢٠٠٠ برعاية أميرة الدنمارك وبرأس مال قدره سبعون مليون يورو.

- أن الدافع لتأسيس هذه المؤسسة ودعم ومساندة أى مشاريع محلية أو عالمية لمنع إنتشار هذا المرض (أى الحد من إنتشاره) وإبتكار وسائل (فعالة) للعلاج.

- تم دعم العديد من المشاريع حتى الآن وفى مختلف دول العالم فى الصين، فى الهند، والكاميرون، وموزنبيق وكوبا وفى الضفة الغربية فى فلسطين وغيرها من الدول.

- أن مرض السكر يشير إلى الآتى :

* ١٩٤ مليون مريض بالسكر فى العالم (حتى عام ٢٠٠٤)

* سيقفز هذا الرقم عام ٢٠٢٥ إلى ٣٣٣ مليون مريض (على أقل التقديرات)

* فى الدول النامية ستبلغ نسبة الزيادة فى مرض السكر ١٧٠٪ أى حوالى ٢٢٨ مليون مريض.

- إن مرض السكر يحدث الأضرار الآتية :

* المسبب الأول للإصابة بالعمى وخاصة لدى الأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين ٢٠ - ٧٤ عاماً.

* مرض السكر المسئول عن ٤٣٪ من حالات الفشل الكلوى.

* مرض السكر المسئول الأول عن العجز الجنسى لدى الرجال، وأن من ٣٥ إلى ٥٠٪ من الرجال يشكون هذا العجز الجنسى.

* مرض السكر مسئول عن تلف هنيف فى الجهاز العصبى سواء لدى السيدات أو الرجال.

* مرض السكر مسئول عن إصابة المرضى به بالإكتئاب وقدرت نسبتهم من ٢٥ إلى ٣٣٪.

* مرضى السكر معرضون للإصابة بجلطة المخ بمعدل أكثر خمس مرات من غير المصابين.

* أن نسبة الوفاة تتضاعف بمعدل مرتين بالنسبة لمرضى السكر عنها فى غير المصابين بهذا المرض.

– أن مرض السكر له آثار إقتصادية ضارة سواء بالنسبة للفرد المصاب أو أسرته أو حتى الدولة (إن تكفلت بعلاجه) ربما تفوق الآثار الإقتصادية الضارة لمرض الإيدز (A Merican diabetes association)

ولذا لا غرو أن صدر تقريراً عن منظمة الصحة العالمية يصف مرض السكر بأنه مرض أوشك أن يتحول إلى وباء. (WIIO,2002)

ورغم كل ما سبق فإن الدراسات العربية – على الأقل – فى مجال مرض السكر ما زالت جد محدودة، وهنا تبرز أهمية دراسة العديد من الأبعاد الشخصية والعوامل الديموجرافية مثل : المستوى التعليمى – المستوى المهنى – الحالة الإجتماعية (بتفرعاتها المختلفة) وكذا النوع وعلاقة

كل ما سبق بكل من الإضطرابات السيكوسوماتية وبعض المتغيرات الشخصية لدى مرضى السكر من النوع الثانى.

مشكلة الدراسة :

تتلخص فى :

١ - هل توجد علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين المستوى الإجتماعى (متزوج - غير متزوج - مطلق - أرمل) وبين بعض المتغيرات النفسية مثل : قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختيار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى (ذكور - إناث) ؟

٢ - هل توجد علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين المستوى التعليمى (والذى إحتوى على خمس مستويات : بدون تعليم أساسى (إبتدائى - إعدادى)، تعليم ثانوى، تعليم فوق المتوسط، تعليم جامعى) وبين بعض المتغيرات النفسية مثل : قائمة كورنل للإضطرابات النفسجشمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى (ذكور - إناث) ؟

٣ - هل توجد علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين مستوى المهنة (والتى إحتوت على أربع مستويات للمهن هى : مهن كتابية وفنية، مهن إدارية وشبه مهنية، بدون عمل) وبين بعض المتغيرات النفسية مثل قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير

الشخصية، إختبار الصلابة النفسية لدى مرض السكر من النوع الثانى (ذكور - إناث) ؟

٤ - هل توجد علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين النوع (ذكور - إناث) وبين المتغيرات النفسية مثل :

قائمة كورنل للإضطرابات النفسجشمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى.

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة إلى :

١ - تناول العلاقة بين المستوى الإجتماعى وبين العديد من المتغيرات النفسية مثل : قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية.

٢ - تناول العلاقة بين المستوى التعليمى وبين العديد من المتغيرات النفسية مثل : قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية.

٣ - تناول العلاقة بين المستوى المهنى وبين العديد من المتغيرات النفسية مثل: قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية.

٤ - تناول العلاقة بين الجنس (النوع) وبين العديد من المتغيرات النفسية مثل: قائمة كورنل للإضطرابات

النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية.

أهمية الدراسة :

١ – تناول فئة المرضى المصابون بالسكر من النوع الثانى وهم شريحة كبيرة – مقارنة بالمصابين بالسكر من النوع الأول (٩٠٪ فى مقابل ١٠٪).

٢ – أن الدراسة تحاول سد الفراغ المعلوماتى فى الكثير من الجوانب النفسية والإنفعالية لهذه الفئة من المرضى وذلك ناتج عن قلة الدراسات والأبحاث (خاصة العربية) فى هذا المجال.

٣ – أن الدراسة تتناول العديد من المتغيرات الديموجرافية المميزة لمرضى السكر من النوع الثانى خاصة : النوع، المستوى التعليمى، المستوى المهنى، المستوى الإجتماعى.

٤ – أن الدراسة تتناول العديد من المتغيرات النفسية لمرضى السكر من النوع الثانى مثل : الإضطرابات السيكوسوماتية، طبيعة الضغوط التى يتعرضون لها، تقدير الشخصية (بجوانبه السبع المختلفة) وجوانب الصلابة النفسية.

٥ – أن الدراسة تتناول الذكور والإناث المصابون بمرض السكر من النوع الثانى ولا تقتصر على شريحة نوعية واحدة.

٦ – إمكانية الإستفادة من نتائج هذه الدراسة فى

تصميم برامج وقائية وعلاجية وإرشادية للحد من الإصابة بمرض السكر من النوع الثانى من خلال نظرية (تنظيم أسلوب الحياة) ومن حيث ضرورة الإهتمام بممارسة الرياضة، والإقبال على الغذاء الصحى المتوازن، وترشيد الإنفعالات وهو ما يعرف ببرنامج منع حدوث السكر.

الإطار النظرى :

سوف يسير الإطار النظرى وفقاً للمحاور الآتية :

المحور الأول : مرض السكر : تعريفه – أنواعه – تاريخه – أسبابه – تشخيصه – مضاعفاته – أعراضه – علاجه.

المحور الثانى : المتغيرات الديموجرافية لدى مرض السكر.

المحور الثالث : الإضطرابات السيكوسوماتية، والضغوط النفسية، جوانب الشخصية المميزة لمرض السكر – الصلابة النفسية.

أولاً : المحور الأول :

يعرف مرض السكر Diabetes Mellitus بانه حالة مزمنة وإزدياد مستوى السكر فى الدم وينتج عن عوامل بيئية ووراثية كثيرة غالباً ما تتضافر معاً، وقد يظهر فى أى مرحلة من مراحل العمر، ويتميز بعدم قدرة البنكرياس عن إفراز هرمون الأنسولين، أو عدم قدرة الجسم على الإستفادة من هذا الهرمون، ويؤدى ذلك إلى خلل فى التمثيل العضوى Metabolism، والنتيجة الظاهرية هى الإرتفاع المستمر

لنسبة السكر فى الدم مع ما يترتب على ذلك من أضرار (سلوى محمود، ٢٠٠٥، ٣٥؛ جمال نور الدين، ١٩٨٩، ٣٩؛ أحمد محمد عوف ٢٠٠٠، ٦١ - ٦٣؛ محمود أبو النيل ١٩٩٤، ٣٥٤). فى حين يرى البعض أن السكر ليس مرضاً وإنما هو إضطراب لعملية الأيض (التمثيل الغذائى) يحول دون من إستهلاك الأنسجة للسكر (الجلوكوز الموجود بالدم إستهلاكاً كافياً) وذلك لنقص هرمون الأنسولين أو ضعف فاعليته، وإن هذا الخلل يقود إلى كافة صور وأشكال المضاعفات سواء لأجهزة الفرد الحيوية وبالتالى سوء حالته النفسية.

(أيمن الحسينى، ١٩٤٤، ص ٦، مغازى محجوب ١٩٨٩، ٤٦ - ٤٨)

وإن هذا الخلل فى المعدلات الخاصةبالسكر فى الجسم له عدة أسباب منها :

عدم كفاية أو قصور الأنسولين فى الدم، عدم حساسية الخلايا لفعالية الأنسولين المفروز، وزيادة فى نسبة هرمون يسمى (الكلوكاثون) وهو هرمون آخر للبنكرياس، وأخيراً مجموعة من العوامل والأسباب الخاصة بالجينات ومنها الخلل فى الجينات المعيبة النادرة والخاصة بعملية التمثيل العضوى(Molner, 1992)

أما عن أنواعه فيقسم إلى :

١ - مرض السكر من النوع الأول :

وهذا النوع يصيب صغار السن، وهو أقل حدوثا،

وهو يحدث نتيجة تأثير جينى ناتج عن فيروس يهاجم البنكرياس، وهو عادة يحدث عند فئات المراهقين، والفئات السنية الصغيرة ويتم السيطرة عليه بواسطة أبر الأنسولين (Molner, 1992) حيث يتوقف البنكرياس فى هذا النوع عن إفراز الأنسولين، ونسبة من يصاب بهذا النوع ما بين ١٠ – ١٥٪، ويعرف بمرض السكر المنعدم الأنسولين أو المعتمد على الأنسولين (محمد صلاح الدين، ١٩٩٣، ٣)، وأن هؤلاء المرضى يتميزون بالآتى : يكون المريض نحيفاً، يوجد نقص تام فى مادة الأنسولين نتيجة للتلف الشديد فى خلايا بيتا، لا يستجيب هذا النوع للعلاج بالأقراص ويعالج بالأنسولين (أيمن الحسينى، ١٩٩٠، ٦)

٢ – مرض السكر من النوع الثانى :

ويمثل هذا النوع الأغلبية من المرض، حوالى ٨٥ – ٩٠٪، ويحدث عادة بعد سن الثلاثين أو الأربعين،وفى هذا النوع نجد أن البنكرياس يقوم بإفراز الأنسولين فى دم المريض، ولذلك عرف بإسم (السكر اللا منعدم الأنسولين) وكذلك نجد أن المريض لا يحتاج إلى الحقن بالأنسولين (فى معظم الأحيان، ولذا سمى (اللا معتمد على الأنسولين). (محمد صلاح الدين، ١٩٩٣،٣١)

وإن مرضى السكر – فى هذا النوع – يتميزون بالآتى : السمنة، يقل إفراز الأنسولين بدرجة بسيطة حيث توجد خلايا بيتا فى حالة جيدة، وقد تكون كمية الأنسولين فى هذا النوع طبيعية تماما، أن عوامل معينة تحد من فاعلية

الأنسولين أو تحول دون إفرازه بصورة جيدة يستجيب هذا النوع للعلاج بالأقراص، عندما يعالج بالأنسولين يسهل السيطرة على كمية السكر فى الدم ولا تظهر تقلبات (أيمن الحسينى، ١٩٨٨، ٧). ولذا فإن تغير أساليب التغذية ونمط الحياة يلعبان الدور جد الهام فى حدوث مثل هذا المرض.
(Malnar, 1992 Gavin, Jamer, et al 2003, p, 12)

٣ - مرض السكر الثانوى :

ويحدث مرض السكر فى هذه الحالة بصفة ثانوية نتيجة لوجود علة مرضية محددة سابقة ومحدثة للمرض (أحمد محمد عوف، ٢٠٠٠)، ومن هذه العلل ما يلى : الخلل الوراثى فى وظيفة خلايا بيتا، الخلل الوراثى فى فاعلية هرمون الأنسولين، أمراض البنكرياس، أمراض الغدد الصماء، إستخدام بعض العقاقير والمواد الكيمائية.
(Gavin, James, et al, 2003, p, 7)

٤ - مرض السكر المصاحب للحمل :

ويقصد به حدوث مرض السكر أثناء الحمل الذى يختفى بعد الولادة مباشرة وهو فى العادة بدون أعراض، ويكتشف فقط أثناء التحاليل المعتادة التى تجرى للحامل. (محمد صلاح الدين، ١٩٩٣، ٨٢-٨٣) (أحمد محمد عوف، ٢٠٠٠)

أما عن تاريخه فقد عرف مرض السكر منذ القدم ووصف أولا عند المصريين القدماء وذلك منذ ١٥٠٠ سنة ق.م بأنه مرض غريب يتمثل فى جريان اللحم والعظم فى

البول، وقد عرفه الصينيون من خلال البول الحلو، وقد وصف أعراضه طبيب يدعى «ستشرونا» Sechrona بعد ذلك بقرن من الزمن، كما عرف فى الحضارة الإغريقية بل أن كلمة (دبايتس) تعنى سيلان الماء من قلة، أما ميلتس Mellitus فتعنى فى اليونانية البول العسلى لمذاقه الحلو، وعرف أيضاً عند العرب بإسم (البوال).

ولذا لا غرو أن وصفة الرازى (٨٦٠ - ٩٣٢) وابن سينا (٩٦٠ - ١٠٣٧) حيث وصفاه وصفاً دقيقاص بما فى ذلك أعراضه والعلاقة بين حدوث الغرغرينا فى الأطراف ومرض السكر.

أما أهم الفصول فى تاريخ مرض السكر فقد تمثلت فى أبحاث العالم وليس Willis, t حتى تمكن عام ١١٧٤من كشف السكر بالبول وأضاف كلمة ملتوس إلى ديابتس، كما إستطاع كلود برنار من إنتزاع قطعة من بنكرياس كلب ثم لاحظ أن الكلب قد أصيب بالعطش وكثرة التبول، فى حين تمكن (لانجر هانز) سنة ١٨٦٩ من إكتشاف الخلايا المسئولة عن إفراز الأنسولين وهى خلايا بيتا من جزر لانجر هانز والتى سميت بإسمه، كما تمكن زديلزر Zuelzer عام ١٩٠٨ من إجراء تجارب على الكلاب وذلك لمحاولة تخفيض نسبة السكر فى الدم، وفى عام ١٩٢١ إستطاع كل من : بنتنج وبيست Banting & Best.c أن يظهر للعالم أن المادة السائلة من جزر لانجر هانز كفيلة إذا حقنت لكلب التجربة المجردة من بنكرياس أن تخفض نسبة مستوى

السكر فى دمه، وفى عام ١٩٥٦ إستطاع سانجر Sanger,f أن يكشف التركيبة الكيمائية للأنسولين (حيث نال على هذا الإكتشاف جائزة نوبل)، وليس الأنسولين هو الدواء الوحيد لمرض السكر، ولذا فقد توصل كل من لوبافتير Lobatiere فى فرنسا وفرانك وفوكس Fvonk & Fox فى ألمانيا إلى صنفين من الأدوية أدت فى السنوات الماضية خدمات جليلة لسائر البشرية وهى مشتقات السلفيميدات والبكوانيدات (أى العلاج بالأقراص).

(جبالى نور الدين، ١٩٨٩، ٣٧-٣٨)

(جيهان محمد رشاد، ٢٠٠١، ١٥)

عبد الرحمن نور الدين، ١٩٨٢، ٢٥)

(Gavin, Jamer, et al, 2003)

أما عن أسبابه فتختلف الأسباب وفقا لنوع السكر إلا أننا سنقصر حديثنا عن أسباب حدوث السكر من النوع الثانى Type2 حيث يتميز هذا النوع من السكر بقدرة البنكرياس على إنتاج الأنسولين لكن الجسم لا يستجيب لمفعوله وهو ما يطلق عليه مقاومة مفعول الأنسولين، ولذا فإن هناك عوامل وراثية حيث لوحظ أن هذا النوع أكثر إنتشاراً بين عائلات محددة نتيجة لبعض الجينات الوراثية (Molnar,1992)، فضلا عن العديد من العوامل الأخرى حيث ساهم التقدم الطبى فى زيادة متوسط أعمار الأفراد فإنتشرت أمراض الشيخوخة ومنها مرض السكر. كما

إرتكزت حضارة العصر على الإيقاع السريع، فضلا عن قلة الحركة، وما جلبته الحضارة من أنواع من الغذاء (الوجبات السريعة المشبعة بالدهون)، إضافة إلى إنتشار التدخين بأنواعه وتناول المشروبات الكحولية، وإجتماع كل أو بعض هذه العناصر لا يستطيع تحمله إلا قلة من الأجسام تتميز بتراكيب داخلية مقاومة

(محمد صلاح الدين ١٩٩٣، ٥؛ أيمن الحسينى ١٩٩٤، ٤٥؛ أيمن الحسينى ١٩٩٩، ١٥؛ حسن فكرى ١٥،٢٠٠٠؛ أحمد محمد عوف ٢٠٠٠، ٩٠)

ويتم تشخيص مرض البول السكرى عن طريق المعايير الآتية :

١ - وجود أعراض مرض السكر (تتضمن الأعراض التقليدية لمرض السكر مثل : كثرة التبول، شدة العطش، نقص الوزن بدون سبب محدد).

٢ - أو أن يكون المستوى العشوائى للسكر فى البلازما مساوى أو أكثر من ٥٥ج ملليجرام / عشر لتر (والمقصود بالمستوى العشوائى مستوى السكر فى أى وقت من اليوم دون الإهتمام بالوقت المنصرم منذ آخر وجبة تناولها الفرد).

٣ - أو أن يكون مستوى السكر فى حالة صيام الفرد؛ أى بعد إنقضاء ٨ ساعات على الأقل منذ آخر وجبة فى البلازما أو أكثر من ١٢٦ ملليجراما / عشر لتر.

٤ - أو أن يكون مستوى السكر فى البلازما بعد

ساعتين من تناول سكر الجلوكوز مساو أو أكثر من ٢٠٠ ملليجراما / عشر لتر.

(Gavin, Jamer. Et al, 2003, p. 12)

أما عن مضاعفاته فإذا إستمر مرض السكر لفترة طويلة من الوقت فإنه يرتبط بإنهيار في كل أجهزة الجسم الداخلية تقريباً مما يشكل تهديداً خطيراً على الصحة حيث يؤثر على الأوعية الدموية والأعصاب مما يؤدى إلى ضعف وقلة تدفق الدم للأطراف والأعضاء الحيوية مما يعرضها للإصابات الجرثومية، وقلة تدفق الدم للقلب مما يؤثر فى كفاءته ويعرض المريض للذبحات الصدرية وذلك نتيجة للقصور فى الدورة التاجية وقصور الدورة الدموية، كما يؤثر على العين فتؤثر بدورها على قوة الإبصار بدرجات متفاوتة قد تصل إلى فقدان البصر، كما أن ضعف الدورة الدموية فى الأطراف له الكثير من المضاعفات أخطرها (إضطرارها بتر القدم فيما يعرف بإسم القدم السكرى)، كما أن إرتفاع نسبة السكر فى الدم لفترات طويلة يؤثر على كفاءة الكلى مما قد يقود إلى الفشل الكلوى ناهيك عن الضعف الجنسى، وفقدان القدرة على النشاط والعمل وغيرها من المضاعفات.

(Mol Nar, 1992, Kaplan, et al, 1993)

(أيمن الحسينى ١٩٩٠، ٥٠ - ١١٠)

(أيمن الحسينى ١٩٩٩، ٦٠ - ١٤١)

(محمد قرنى ٢٠٠٠، ٨٥ - ٩٥)

(سلوى محمد محمود ٢٠٠٤، ٤٩ - ٥٥)

أما عن أعراض مرض السكر فتتلخص فى الأعراض الآتية : الإحساس بالتعب ونقص الطاقة والخمول والإجهاد، إحساس متزايد بالعطش مع جفاف الحلق وكثرة التبول، زيادة الشهية للطعام، فقدان الوزن، تنميل الأصابع والقدمين، تأخر فى إلتئام الجروح.

(أحمد محمد عوف ٢٠٠٠، ١٣)

(حسن فكرى ٢٣،٢٠٠٠)

سلوى محمد محمود ٢٠٠٤، ٤١ - ٤٢)

(Kaplan, et al, 1993, 180 - 186)

أما عن علاج مرض السكر فهذا يعتمد على نوعية مرض السكر، فالنوع الأول يكون العلاج بالأنسولين، أما النوع الثانى (غير المعتمد على الأنسولين) فيكون العلاج بـالأقـراص المختلفة الأنـواع والخافضة لنسبة السكر فى الدم، تنظيم الغذاء، مزاولة الرياضة بصورة منتظمة ومستمرة، زراعة البنكطرياس، زراعة خلايا بيتا، علاج خلل الجينات المسببة لمرض السكر، إستخدام الهندسة الوراثية لزراعة الجينات المتحكمة فى إفراز الأنسولين (سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤، ٥٦، أحمد محمد عوف ٢٠٠٠، ١٤٠-١٤١)، كما توجد العديد من الطرق الجديدة للعلاج مثل : دواء الروزلين Rezulin (والذى يساعد خلايا الجسم على الإستفادة من هرمون الأنسولين بشكل أفضل)، قلم حقن الأنسولين، مضخات الأنسولين ... وغيرها من الطرق

(أيمن فاروق عبد العزيز ٢٠٠٠، ٨٩-٨٨)

المحور الثانى : المتغيرات الديموجرافية لدى مرضى السكر :

تلعب المتغيرات الديموجرافية دوراً جد هام لدى جميع الأفراد، وتستخدم دلالة مثل هذه المتغيرات الديموجرافية فى دراسة الحالة. فالإسم مثلا قد يكون له معنى أو لا يكون، وقد يكون مألوف أو غير ذلك، والجنس (أى النوع) له دور جد هام فى بيان النظرة الثقافية الغالية وهل المجتمع يفرق بين الذكور والإناث أم لا ... وكذلك المستوى الإجتماعى حيث أشارت العديد من نتائج الدراسات إلى أن المتزوجين مثلا أقل عرضة للمشكلات النفسية الحادة مقارنة بغير المتزوجين، وأن المستوى التعليمى يعكس من ناحية درجة ذكاء الفرد وطبيعة فهم الفرد لمجريات الأمور وكذا الحى السكنى يشير إلى الطبيعة الإقتصادية والإجتماعية - الثقافية للفرد وهل يعيش فى الحضر (حيث التمدن ووسائل الحضارة) أم فى الريف أم فى المناطق العشوائية ... وهكذا فإن دلالة المتغيرات الديموجرافية تلعب دوراً هام جد فى دراسة الحالة والوقوف على العديد من جوانب شخصيتهم.

أنظر فى هذا الصدد : محمد حسن غانم، ٢٠٠٤؛ محمد حسن غانم، ٢٠٠٦؛ ممحمد محمد شعلان، ١٩٧٩؛ أو لتمانز / فيل / دفيسون ٢٠٠٠؛ ليندزاى ج. بول ٢٠٠٠) وغيرها من الكتب التى تناولت دلالة دراسة الحالة فقد أشارت العديد من الدراسات التى تناولت مرضى السكر عرضاً إلى قيمة العديد من المتغيرات الديموجرافية حيث وجد وثلا

أن البيض فى الولايات المتحدة أكثر إصابة بمرض السكر مقارنة بالسود وتم إرجاع ذلك إلى طبيعة التغذية والتمدن (Molnar,1992) وأن المرأة أكثر إصابة بالسكر (من حيث النوع) مقارنة بالرجل وتم تفسير ذلك فى ضوء العديد من العوامل وأهمها تأثير بعض العوامل الفسيولوجية الخاصة بالمرأة والتى من الممكن أن تكون مسببة لحدوث كثير من الأمراض المرتبطة بطبيعة النوع وذات الصلة بفسيولوجية المرأة وتركيبها الجسمانى (يعقوب يوسف الكندرى، ٢٠٠٣، ص ٣٦٩)، وأن مرض السكر ينتشر فى المناطق الحضـــرية أكثـــر من المناطق الريفية (Arab,1992) وأنه كلما طالت فترة الإصابة بالمرض مع عدم الإلتزام بالنظام العلاجى والغذائى فإن ذلك يقود إلى العديد من المضاعفات جد السيئة لأجهزة الفرد الحيوية (Fatani, et al,1987)، كما وجد من خلال المتابعة الإنجليزية لمرض السكر من الجنسية البريطانية ونتيجة لضرورة إلتزامهم بنظام غذائى وعلاجى صارم أنه بعد فترة (من هذا الإلتزام) قد يصابون بالإكتئاب وييئسون من حالة إستمرارهم على وتيرة واحدة.

(Lustman et al, 2000 pp, 934–942)

(Popkin, 2001, pp. 51–53)

(محمود سامى، ١٩٩٧)

وهكذا تلعب العوامل البيئية دوراً لا يشبهان به فى تحديد حجم الإصابة بمرض السكر وهو ما تحاول تناوله جد وهام هذه الدراسة.

المحور الثالث : الإضطرابات السيكوسوماتية والضغوط وجوانب الشخصية المميزة لمرضى السكر والصلابة النفسية:

الإضطرابات السيكوسوماتية : هى الإضطرابات الجسمية المألوفة للأطباء والتى يحدث بها تلف فى جزء من أجزاء الجسم أو خلل فى وظيفة عضو من أعضائه نتيجة إضطرابات إنفعالية مزمنة نظراً لإضطرابات حياة المريض، والتى لا يفلح العلاج الجسمى الطويل فى شفائها شفاء تاماً لإستمرار الإضطراب الإنفعالى وعدم علاج الأسباب الحقيقية والإكتفاء فقط بعلاج الأعراض الجسمية (محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ٣٤٨). ولذا فقد لخصت دائرة المعارف النفسية أهم خصائص هذه الأمراض فيما يلى :

أ - وجود إضطرابات فى الوظيفة مع وجود خلل فى أحد أعضاء الجسم.

ب - وجود إضطرابات إنفعالية تقوم بدور جوهرى فى ترسيب وحدوث وتكرار وتفاقم الأمراض وهذا ما يميزها عن الإضطرابات العضوية الصرفة.

جـ - تتسم هذه الإضطرابات بأنها مزمنة وتتنوع مظاهرها.

د - كما أنه ترتبط بغيرها من الإضطرابات النفسجسمية الأخرى.

(من خلال : هبه أبو النيل، أيمن عامر، ٢٠٠٦، ص ٢٧٢)

إلا أن الإضطرابات السيكوسوماتية ووفقاً لنظرية

(ماكنمار) تكون فى بدايتها مجرد أعراض Syupoms وأنها تكون مجرد مجموعة من الإستجابة الفسيولوجية وتكون كرد فعل طارئ Emcrgency Reaction وتحدث أ'راضاً تتضمن تغيرات تحدث لأجهزة الجسم المختلفة إلا أن إستمرار هذه الأعراض لوقت طويل يقود إلى تحويلها من أعراض فى إضطرابات

(Menamara, 2000, p. 24)

ومن هنا فإن مرض السكر من الأمـراض التى بها جانب جسمى ونفسى أيضاً ولعل من أشهر الدراسات التى قدمت (بروفيلا نفسيا) لمرض السكر دراسة (ادبناره) حيث وجدت أن حالة مريض السكر تتحسن ظاهريا وهو مع زملائه، ولكن تنتابه فى نفس الوقت مشاعر عدم الأمن مع الآخرين فيعيش فى حالة من التناقض بين الشعور بالمبادأة فى الإتصال بالناس ومقابلتهم وبين الترفع عن القيام بذلك مما يدفعه للإنزواء فجأة، كما أنهم فى مجال العمل يتقبلون المديح من زملائهم إلا أنهم فى نفس الوقت يحجمون عن تحمل المسئولية وغيرها من الخصائص والسمات النفسية.

(من خلال : محمود أبو النيل، ١٩٩٤، ٣٥٥-٣٦٦)

وبعد التأكيد على دور العوامل النفسية فى إمكانية الإصابة بإضطراب أو أكثر من الإضطرابات السيكوسوماتية نجد العديد من الدراسات قد ربط بينها وبين التعرض للضغوط أو المشقة، وأن الإضطرابات النفسجسمية تحدث عندما يتعرض الفرد لموقف مضطرب أو ضاغط (يستمر

لفترة طويلة دون حسم) هنا يستجيب المستوى الفسيولوجى ويؤدى إلى تغيرات فى البناء الجسمى ويحدث العديد من الإضطرابات.

(مجدى زينة، ٢٠٠٠ ص 41؛ Gllatin, 1988, p. 21)

ومن هنا، فقد قدمت العديد من النماذج والتى يتم من خلالها تقييم الضغوط ومنها النموذج الأشهر الذى قدمه كل من هولمز وراهى Holmes & rahe, 1967 ، ونموذج راهى وأرثر والذى عرف بالنموذج البصرى والذى يركز على العلاقة بين أحداث الحياة والمرض (Rahe & Arthur, 1978) كما قدم كل من (فيربانك وهونج) نموذج يتضمن ثمانية أنماط من الأحداث إعتماداً على أربعة هى : مدى سيطرة الفرد على الحدث الضاغط من عدمه، هل يدرك الفرد الحدث الذى يتعرض له على أساس أنه إيجابى أم سلبى، إدراكه على أنه مرغوب أم غير مرغوب، ناشئا عن حالة عجز نفس أن بدنى.

(Fairbank & Hough, 1979)

وكذلك النموذج الطبى الذى قدمه «سيلر» والذى نظر إلى الضغوط على أساس أنها إستجابة فسيولوجية عامة للجسم والتى تتبلور من خلال ظهور عرض أو أكثر من الأعراض الجسمية الناتجة عن هذه الضغوط.

(Seleye, 1956)

وأيضا النماذج النفسية التى تنظر إلى الضغوط على

أنها ليست حدثاً خارجياً بل أن هذا الحديث يتشكل من خلال إدراك الفرد له، وهل هذا الإدراك موضوعى أم مبالغ فيه (Lazarus & Folkman, 1984) وغيرها من النماذج لكن الأهم أن حجر الزاوية في الإضطرابات النفس جسمية هو الشدائد أو الضغوط وفقاً لما أكدته لجنة خبراء الصحة العقلية.

(سعد جلال، ١٩٨٦، ٢٦٦ – ٢٦٩)

وفيما يتعلق ببعض الجوانب الشخصية لمرضى السكر من النوع الثانى فقد أشار عديد من الباحثين إلى أن السمات الأساسية المميزة للأفراد الذين يقعون فريسة للإضطرابات السيكوسوماتية أنهم يتميزون بالعديدمن السمات الشخصية النفسية من قبيل القلق والغضب وعدم الحس وإستمرار الصراع، والعداء، وعدم التأنى، والعجز عن إتخاذ القرار والإعتماد وعدم الرغبة فى تحمل المسئولية بل والهروب من ذلك ... وغيرها من الصفات التى تجعل الفرد (مستهدفاً) للوقوع فى إضطراب أو أكثر من الإضطرابات السيكوسوماتية.

(Rosen Man & Chesney, 1982, p.s49)

وأن العلاقة بين الإصابة بمرض السكر والعديد من الخصال الشخصية خاصة إرتفاع الدرجة على سمات الغضب والحساسية والعدائية والخضوع والإتكالية والخوف من مواجهة الشدائد تظل سمات أساسية تميز مرضى السكر.

(محمود أبو النيل، ١٩٩٤؛ Banks & Gnnon, 1988)

كذلك فإن التعرض المستمر للإحباط، والفشل فى حسم الصراعات يقود إلى تلف عضو أو أكثر من أعضاء الجسم (نتيجة الإجهاد المستمر والمرهق لهذا العضو أو ذاك من أعضاء الجسم) وأن إستمرار الضيق أو التوتر يقود بدوره إلى زيادة فى الأعراض السيكوسوماتية ومع إستمرار الضغوط تتحول الأعراض إلى إضطرابات سيكوسوماتية.

(جبالى نور الدين، ١٩٨٩، Miller, 1993)

أما عن الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى فبالرغم من قلة الدراسات التى تناولت الصلابة النفسية لدى مريض السكر، إلا أن الحقيقة التى توصلت إليها بعض الدراسات أن الصلابة النفسية وهى التى تشير إلى قدرة الفرد على التحكم فى أسلوب حياته والإلتزام والتحدى فى الحياة من شأن مثل هذه الإستراتيجية أن تساعد الفرد على مقاومة التعرض للإضطرابات النفسجسمية.

(Santrock, 2000, p. 5)

وتنهض فكرة الصلابة النفسية حول مجموعة من الفروض من خلاصتها أن الأفراد الذين يميلون بطبيعتهم إلى الصمود والمقاومة وعدم الهروب مع قدرة عالية على الضبط الداخلى وقدرة على المبادأة والقيادة وعدم تأجيل مواجهة المشاكل يكون هؤلاء الأفراد أكثر صحة وصلابة بل وسواء نفسيل مقارنة بغيرهم من الأفراد الذين لا تتوافر

لهم وفيهم مثل هذه الصفات السابقة (Kobasa, ١٩٧٩, ١٩٨٢) وبالتالى توجد العديد من الدراسات التى تناولت مدى كفاءة الأفراد فى مواجهة الضغوط أو التوافق معهم والسمات المختلفة للأفراد الذين يتميزون بدرجة عالية من الصلابة النفسية.

(عماد مخيمر، ١٩٩٦)

(Pagana, 1990, Wiebe, 1991)

(ومادى وزملاؤه)

وأن الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية وتقدير الذات يلعب دوراً جد هام فى إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين فى مجال العمل وغيره من المجالات.

(جيهان أحمد حمزة، ٢٠٠٢)

الدراسات السابقة :

سنركز فقط على الدراسات التى تناولت مرض السكر من خلال الإهتمام بالجوانب الديموجرافية وعموماً فإن مسح الدراسات السابقة لم يفرز سوى القليل من الدراسات التى إهتمت بدراسة علاقة هذه المتغيرات بغيرها من السمات والخصائص النفسية لمرض السكر من النوع الثانى.

ففى دراسة قام بها «لاوسن» وآخرون Lawson, et al, 1984 هدفت إلى الوقوف على تأثير مدة المرض على الوظائف النفسية – العصبية، وقد أجريت الدراسة على عينة من المصابين بالسكر بواقع ٢٦ من الذكور، و٢١٢

من الإناث وتراوحت أعمارهم بين ١٦ ى- ٦٠ عاما، وعينة مماثلة (٤٨) من الأسوياء هم أزواج المرضى وأصدقائهم ومجموعة من المتطوعين بواقع (١٩ ذكرا) و (١٢ أنثى) وإستخدموا العديد من الأدوات السيكومترية مثل - إختبار وكسلر لذكاء الراشدين، ومقياس وكسلر للذاكرة وإختبار إعادة الكلمات وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين (المرضية، السوية) فيما عدا جانب التدهور العقلى لدى العينة المرضية، وأن حول مدة المرض وعدم الإلتزام بالنظام العلاجى والغذائى يقود إلى العديد من صور وأشكال الإضطراب والتدهور

(Lowson, J. et. Al, 1984)

وفى دراسة تناولت أحداث الحياة والدور الذى تقوم به فى الإصابة بمرض السكر تناول روبنسون وزملاؤه -Rob inson, et al, 1984 عينة من مرضى السكر تم تشخيصهم حديثا (ن=١٣) وعينة مماثلة من الأخوة والجيران، وقد توصلت الدراسة إلى أن طبيعة البيئة التى يعيشون فيها، وطبيعة شخصيتهم قد جعلتهم أكثر إستهدافاً للإصابة بمرض السكر.

(Robinson, et al, 1985, pp. 583-59)

وفى دراسة تناولت العلاقة بين الصحة والمتغيرات السيكولوجية ومدة المرض قام «راشيل هاريس» وآخرون بدراسة تناولت ٩٣ مصاب بالسكر كلهم من الذكور، ٧٢٪ منهم متزوجون وتم إختيارهم عشوائيا من مستشفيات

ميامى، وتم إستخدام العديد من الأدوات النفسية، وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود أى فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالسكر وبين الأسوياء بإستثناء مدة الإصابة والقابلية للإصابة وأنها تكون واضحة وعالية كلما كان المصاب متزوجاً، كما أنها إرتبطت إرتباطاً موجباً مع السمنة أو البدانة.

(Harries, 1989, pp. 135–138)

أما عن التغذية (والتى تشير إلى طبيعة المستوى الإقتصادى – الإجتماعى – الثقافى) للفرد فقد حظيت بالعديد من الدراسات، إذ وجدت دراسة منظمة الصحة العالمية أن الغذاء غير الصحى، والسمنة، والوضع المعيشى السئ وغيرها من العوامل تؤدى إلى زيادة الإصابة بالسكر وأن (السمنة) تعد (أس) البلاء لأنها تؤدى إلى إنتشار العديد من الأمراض المزمنة ومنها مرض السكر.

(WIIO, 2002)

وتوصلت بعض الدراسات الأخرى أن مرض السكر أكثر إنتشاراً بين الأغنياء وذلك نتيجة لنمط الغذاء المستهلك (تيك أواى) إضافة إلى أن مثل هذه الأغذية تكون مشبعة بالدهون مع قلة الحركة نتيجة إستخدام وسائل المواصلات والجلوس بالساعات أمام التليفزيون أو الإنترنت ... كل ذلك يساهم فى حدوث مرض السكر.

(Molner, 1992, Popkin, 2001)

كما توصلت بعض الدراسات أن إنخفاض المستوى

المعيشى، ومستوى الدخل، والمستوى التعليمى، وأن المرور بالمعاناة النفسية وعدم حسم الصراعات الداخلية، كل ذلك وغيره قد يساهم فى حدوث مرض السكر.

(Rajaram & Vinson, 1998)

كما أشارت بعض الدراسات إلى أن سكان الحضر أكثر عرضة للإصابة بمرض السكر مقارنة بالسكان الذين يقطنون الأرياف نظراً لإختلاف طبيعة التغذية والتحضر وغيرها من المتغيرات، حيث وجد أن إنتشار مرض السكر يكون فى المناطق الحضرية بنسبة ٧,٥٪، ١,٤٪ فى المناطق الزراعية و٥,١ فى المناطق الصحراوية ونسبة معدومة تماماً فى بعض القرى المعزولة. (Arab, 1992) ونفس النتيجة السابقة أوضحتها دراسة «اندران» وزملاؤه Chandran, 1999 من خلال التوصل إلى علاقة بين التحضر والتغير الإجتماعى والثقافى وإرتفاع معدلات السكر.

كما توصلت دراسة Rajarm & Uinson إلى أن النساء السود فى أمريكا أكثر عرضة للإصابة بالسكر مقارنة بفئة الذكور، وأن الإصابة تكثر بين النساء اللاتى يعيشون بدون أزواج أو حياة أسرية مستقرة، وأنه كلما تقدمت السيدة فى العمر وأهملت العلاج الدوائى والغذائى كانت فرصتها فى التدهور والوفاة أكبر.

(Rajaram & Uinson, 1998)

وفى دراسى تناولت مرضى السكر فى المملكة العربية السعودية على عينة مقدارها (٥٢٢٢) مفحوصا وكان حجم

الذكور ضعف حجم النساء حيث هدفت الدراسة إلى تحليل الأسباب التى قادت إلى الإصابة بمرض السكر من أهمها تغيير الوضع المعيشى غير المعتمد على الحركة خاصة فى المناطق الحضرية، فضلاً عن تغير نمط الغذاء والإعتماد على الغذاء الجاهز والجلوس بالساعات الطويلة دون بذل مجهود بدنى وغيرها من العوامل.

(Fatani, et al, 1987)

وفى دراسة قام بها «جينس» عام ١٩٨٦ هدفت إلى الكشف عن المظاهر الإنفعالية لمرض السكر وتأثير السكر على الحياة اليومية للمصابين، وأجريت الدراسة على عينة قوامها ١٠١ مصاب بالسكر (٥١ ذكر و٥٠ أنثى) تتراوح أعمارهم بين (٣٢ – ٥٢) وقد روعى التجانس بين أفراد العينة فى كافة المتغيرات، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج ومنها أن طول مدة المرض أدت إلى نشأة فروق فردية حيث أثر المرض تأثير سلبيا على ٥٥٪ من الذكور مقابل ٢٦٪ من الإناث، وأن الرجال أكثر شكوى من الإضطراب الجنسى (٢٣٪ من الذكور مقابل ٥٪ الإناث، ورغم أن ٨٩٪ من العينة قد إعترفوا بضرورة (التعايش والتوافق) مع مرض السكر لمنع مزيد من (التدهور) إلا أن ١١٪ من أفراد العينة قد أقروا بعدم إلتزامهم بالتعليمات التى تقود إلى التوافق مع مرض السكر، وأن الذكور اكثر تمرداً على (طقوس مرض السكر) مقارنة بالإناث. (Jenson, 1986)

وفى دراسة لـ «كالدويل» وآخر عام ١٩٩٨ تناولت

إرتباط مرض السكر غير المعتمد على الأنسولين مع النظرة إلى الحياة، وكانت عينة الدراسة مكونة من مجموعتين : مرضى السكر، ومجموعة من الأسوياء، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها أن المصابين بالسكر قدروا قيمة الحياة على أنها أقل بدرجة جوهرية عن العينة الضابطة.

(Caldwell & Baxter, 1998)

وفى دراسة لـ "روجرز" (Rogersm, 2001) تناولت الجسم الصحيح يعنى عقلا سليما من خلال دراسة أنماط التغذية وتأثير ذلك على المزاج والوظيفة المعرفية على المدى الطويل، ومن خلال تتبعه لمجموعة مصابة بالسكر من النوع الثانى توصل إلى حقيقة خلاصتها أن سوء التغذية أو التغذية بإفراط أو مراعاة عدم التوازن فى العناصر الغذائية التى يحتاج إليها الجسم مع زيادة الدهون المشبعة (الضارة) كل ذلك يمثل الأرضية الخصبة للإصابة بمرض السكر وغيره من الأمراض.

(Rogersm, 2001, pp. 143)

وفى دراسة قام بها "إيجل" وزملاؤه (egle, et. al) توصلوا إلى أن خبرات الطفولة السيئة وطول مدة المرض وعدم الإلتزام بالنظام الغذائى والدوائى قد يقود على المدى الطويل إلى مزيد من التدهور فى أعضاء جسم الفرد المصاب بالسكر خاصة المرضى من النوع الثانى.

(Egle, et al, 2002, pp. 411-434)

وأخيراً فى دراسة قام بها «فيتشر» وزملاؤه ,Fisher

et al تناولت كيفية حل المشاكل وإدارة الأزمات بين الأزواج، حيث تكونت عينة الدراسة من ٦٥ زوجاً من أمريكا الجنوبية، ١١٠ من أمريكا، وكان أحد الزوجين مصاب بالنوع الثانى من البول السكرى، وشارك هؤلاء الأزواج فى تصوير شريط فيديو لمدة ١٠ دقائق للكشف عن طريقة التعامل مع الخلافات والتى تم قياسها، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها أن عينة أمريكا الجنوبية كانوا أكثر تعاطفاً، وأقل عدائية مقارنة بعينة أزواج أمريكا، وأن المرضى المصابون بالسكر أكثر هروباً من المهام وتحمل المسئوليات كما أنهم يتركون المشاكل معلقة (أى بدون حلول)

(Fisher, et al, 2004, pp. 403-416)

تعقيب عام على الدراسات السابقة :

يمكن إستخلاص ما يلى :

١ - بالرغم من إنتشار مرض السكر (خاصة النوع الثانى) فإننا نجد قلة الدراسات الميدانية فى ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة خاصة فى البيئة العربية والتى مازالت جد محدودة ولا تكاد تغطر أصابع اليد الواحدة.

٢ - أن العديدمن الدراسات السابقة قد تناولت فى معظمها جانباً واحداً من جوانب المتغيرات النفسية (خاصة التركيز على الضغوط ومدى مواجهتها) ولم نجد دراسة سابقة قد تناولت العديد من المتغيرات التى تسعى هذه الدراسة لتناولها مثل : - الإضطرابات السيكوسوماتية، ضغوط الحياة، التقدير الذاتى للشخصية، الصلابة النفسية.

٣ – أن الدراسات السابقة التى تناولت المتغيرات الديموجرافية وعلاقتها ببعض المتغيرات قد جاءت عرضا ولم نجد دراسة واحدة مقصودة إلا أن تناول تغير نمط الغذاء، وتغير أنماط المعيشة، والإنتقال من الريف إلى الحضر والتمدن قد جاءت هذه الدراسات فى غالبيتها وصفية مثل دراسات (Rogeres, 2001, Molnar, 1992, Arab, 1992, Hwo, 2002) ودراسة Rama Chandran 1999 ودراسة Fatani, at al, 1987 وغيرها من الدراسات. ولم نجد دراسة قد ربطت مثلا بين المستوى التعليمى ودرجات كل من الإضطرابات السيكوسوماتية، وإختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، والصلابة النفسية (كما تهدف هذه الدراسة).

٤ –تناقض نتائج بعض الدراسات فى مجال المستوى المرض حيث ذكرت بعض الدراسات مثلا أن الغذاء والإنتقال إلى الحياة أكثر رفاهية يقود إلى مرض السكر (خاصة مع وجبات (التيك أواى) وقلة الحركة (دراسة Holner, 1992, Popkin, 2001)، فى حين توصلت دراسات أخرى إلى أن مجرد (تغيير نمط التغذية والحياة) أو حتى عدم التوازن فى الغذاء يقود إلى زيادة معدلات السكر مثل نتائج دراستى: – ودراسة (Chandran, et al, 1999, Rajaram & Vison, 1998)

٥ – أن العديد من الدراسات لم تسع إلى إستخدام أدوات نفسية مقننة بل إكتفت بإستمارة مقابلة وسؤال

المرض بالسكر بعض التساؤلات وإستخراج نسبة مئوية (مثال دراسة : Jensen, 1964).

٦ – أن بعض الدراسات السابقة قد إستخدمت عينات صغيرة من الإناث والذكور، كما أن بعض الدراسات السابقة قد إقتصر فقط على عينة الذكور دون الإناث مثل دراسات : Robinso, et al, 1984 ودراسة Lawson, et al, 1983 ودراسة Harries, 1984 ودراسة rajaram & Vison, 1998 وغيرها من الدراسات. ولا شك أنه كلما كبر حجم العينة كلما كانت النتائج أكثر دقة.

فروض الدراسة :

تسعى الدراسة الحالية للتحقق من صحة الفروض الآتية :

١ – توجد علاقة إرتباطية بين درجات الإضطرابات النفسجسمية وكل من درجات إختبار ضغوط الحياة، وإستبانة تقدير الشخصية، والصلابة النفسية بين كل من المجموعة التجريبية (المصابة بالسكر)، والمجموعة غير المصابة بالسكر.

٢ – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الأربع (عينة تجريبية : ذكور – إناث) والعينة غير التجريبية (ذكور – إناث) وفقا لمتغير النوع وعلى مقاييس الدراسة.

٣ – توجد علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين المستوى الإجتماعى (متزوج – غير متزوج – مطلق – أرمل) وبين

درجات المتغيرات النفسية الآتية : قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى (ذكور - إناث).

٤ - توجد علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين المستوى التعليمى (بدون تعليم، تعليم أساسى (إبتدائى - إعدادى)، تعليم ثانوى، تعليم فوق المتوسط، تعليم جامعى) وبين درجات المتغيرات النفسية الآتية :

قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى (ذكور - إناث).

٥ - توجد علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين المستوى المهنى (مهن كتابية - مهن إدارية وشبه مهنية - مهن مهنية - بدون عمل) وبين درجات المتغيرات النفسية الآتية : قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى (ذكور - إناث).

٦ - نتوقع وجود مكونات عاملية قد يكشف عنها التحليل العاملى بين المرضى (ذكور - إناث) على متغيرات الدراسة الأربعة (قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية - إختبار ضغوط الحياة - إستبيان تقدير الشخصية - إختبار الصلابة النفسية).

الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى (ذكور – إناث).

مفاهيم الدراسة :

يشتمل البحث على المفاهيم الآتية :

١ – **المتغيرات الديموجرافية** : ونقصد بها إجرائيا مجموعة المعلومات الأولية التى تميز جماعة أفراد عينة الدراسة من حيث الحالة الإجتماعية (متزوج ، غير متزوج، مطلق، أرمل) وكذا المستوى التعليمى، والمهنة، وطبيعة الجنس أو النوع بمرض السكر لدى مجموعة من مرضى السكر (ذكور – إناث).

٢ – **مرض السكر** : ويعرف إجرائيا بأنه حالة مزمنة من إزدياد مستوى السكر فى الدم، وقد ينتج ذلك من عوامل متعددة (وراثية – بيئية – حاصل تفاعل العوامل الوراثية مع العوامل البيئية)، وقد يرجع إزدياد السكر فى الدم إلى وجود الأنسولين أو إلى زيادة العوامل التى تضاد مفعوله ويقود هذا الإختلال فى التوازن إلى زيادة نسبة السكر فى الدم مما يترتب عليه العديد من المضاعفات التى تمس كل أعضاء الجسم (خاصة الأعضاء الحيوية مثل القلب، الكلى، العين، الكبد ... إلخ).

وسوف تقتصر دراستنا على مرضى السكر من النمط الثانى، وهم أغلبية ويمثلون ٩٠٪ ويحدث عادة بعد سن الثلاثين أو الأربعين، وفى هذا النوع نجد أن البنكرياس يقوم بإفراز أنسولين فى دم المريض، لذلك عرف بإسم السكر اللا

معتمد على الأنسولين، ولذا فإن المريض فى الغالب لا يحتاج إلى الحقن بالأنسولين. (محمد صلاح الدين، ١٩٩٣، ٣١)

٣ - **الإضطرابات السيكوسوماتية** : وتحددت إجرائيا بأنها : زملة الأعراض الجسمية التى تنشأ عن عوامل نفسية إنفعالية، والتى قد تتسبب فى حالة زيادة شدتها إلى المعاناة من مرض حقيقى يصيب عضوا أو جزءا من أجزاء الجسم، أو يسبب خللا فى غداء هذا العضو لوظيفته بحيث لا يفلح فى علاج هذه الأعراض، وشفائها شفاء تاماً، الإعتماد فقط على العلاج الجسمى الطويل، بدون علاج أسبابه النفسية، وتنشأ هذه الأعراض غالباً نتيجة تفاعل عوامل نفسية وإجتماعية حادة (مثل تعرض الفرد لضغوط حياتية مزمنة، أو لتبنيه أسلوب حياة غير تكيفى، أو لإتسامه بسمات شخصية مرضية تجعله مستهدفا للوقوع فى مثل هذه الإضطرابات) مع عوامل بيولوجية مرضية (مثل ضعف فسيولوجى فى أحد الأعضاء، أو الإضطراب فى الأجهزة الفسيولوجية والهرمونية ... إلخ (محمود أبو النيل، ٢٠٠١). وتتحدد هذه الإضطرابات قياسيا من خلال الدرجة على كافة المتغيرات التى تعكسها هذه القائمة (١٨ متغيراً) إضافة إلى الدرجة الكلية للقائمة.

٤ - **الضغوط النفسية** : وهى المعوقات التى تعترض الفرد، وتولد لديه القلق والتوتر، ويختلف إدراك الأفراد لهذه المعوقات، كما يختلفون أيضا فى طرق مواجهاتها، وقليل من الضغوط مفيد ومنشط، أما الكثير منها والمستمر فقد تعجل

بإنهيار الفرد. (محمد حسن غانم، ٢٠٠٥، ص ١٠٤)

٥ - **الشخصية** : تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم الشخصية إلا أننا فى هذه الدراسة سنتكأ على (إستبيان تقدير الشخصية) والذى يهدف إلى التقدير الكمى لكيف يرى ويدرك الفرد نفسه من خلال نزعات شخصية هى :

أ - **العدوانية والعداء** : بما فى ذلك العدوان الجسمى واللفظى والعدوان والعدائية وفقا لهذا الإستبيان يعنى عدم القدرة على التغلب على المشاعر العدائية والكراهية تجاه الآخرين.

ب - **الإعتمادية** : ويقصد بها الإعتماد النفسى على شخص أو أشخاص آخرين ليجد لديهم التشجيع أو الطمأنينة أو العطف أو السلوك أو الإرشاد أو القرار لديهم.

جـ - **تقدير الذات** : ويهتم هذا الجانب بتحديد المشاعر والإتجاهات والإدراكات المتعلقة بذات الشخص، والتى تعد إمتداد على متصل طرفيه الإيجابى والسلبى وأن تقويم الذات يقع فى بعدين فرعيين مترابطين هما :

أ - تقدير الذات.

ب - الكفاية الشحصية.

د - **التجاوب الإنفعالى** : ويشير إلى قدرة الفرد على التعبير بصراحة وتلقائية وحرية عن إنفعالاته تجاه الآخرين وبصفة خاصة مشاعر الدفء والمحبة تجاههم.

هـ - **الثبات الإنفعالى** : ويقصد به مدى إستقرار الحالة المزاجية للشخص ومدى قدرته على مواجهة الفشل

والنكسات والمشكلات ومصادر التوتر الأخرى بأقل قدر ممكن من الإنزعاج والإحباط.

و - **النظرة للحياة** : ويقصد بها تقويم الفرد العام للحياة، أما على أنه مكان طيب وآمن غير مهدد، أو كمكان منذر ملئ بالخطر والشك والتهديد وعدم اليقيو وإرتفاع الدرجة على هذا الجانب يشير إلى نظرة سلبية للحياة، عكس الحال إذا إنخفضت الدرجة (رونالد. ب - رونر، ١٩٨٨، ٢-٧).

٦ - **الصلابة النفسية** : وهى إعتقاد عام لدى الفرد فى فاعليته وقدرته على إستخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة، كى يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة. (عماد مخيمر، ١٩٩٦، ٢٨٤)

منهج الدراسة وإجراءاتها :

لما كان الهدف من الدراسة الحالية هو الكشف عن طبيعة بعض المتغيرات الديموجرافية (الحالة الإجتماعية - المستوى التعليمى - طبيعة المهنة - النوع) وعلاقة ذلك بكل من قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية (٧ جوانب)، إختبار الصلابة النفسية لدى عينة من مرضى السكر (النوع الثانى) من الذكور والإناث فإن المنهج الوصفى الإرتباطى يكون هو المنهج المناسب لتحقيق أهداف الدراسة.

إجراءات الدراسة :

أولاً عينة الدراسة : إشتملت عينة الدراسة على مجموعتين هما : -

أ - **المجموعة التجريبية** : وهى مجموعة مصابة بالسكر وتم إختيارها وفقاً للشروط الثلاثة الآتية :

١ - أن تكون الإصابة بالسكر من النوع الثانى.

٢ - أن يعالج الشخص بواسطة الأقراص (وليس بحقن الأنسولين).

٣ - أن يكون قد مر على الأقل ثلاث سنوات على تشخيص الحالة.

وتم إختيار عينة مقصودة بواقع (٢٠٠) مفردة من الذكور، و(٢٠٠) مفردة من الإناث حيث تراوح العمر ما بين ٣٤ عاماً حتى ٦٩ عاماً بمتوسط عمر قدره ٤٥,٠٣، وإنحراف معيارى قدره ٢,٣٢ فى عينة الذكور، فى حين تراوح العمر فى عينة الإناث ما بين ٢٣ عاماً حتى ٦٩ عاماً بمتوسط قدره ٤٩,٤٧ عاماً وإنحراف معيارى قدره ٢,٦٤ عاماً.

ب - **المجموعة الضابطة** : وتكونت بدورها من مجموعتين من الذكور والإناث بواقع (٢٠٠) مفردة فى كل عينة، وتم التأكد من أن هذه العينة غير مصابة بالسكر ولا بأى مرض آخر مزمن من قبيل الضغط، القلب، الروماتيزم ... إلخ. وثم إختيار هذه المجموعة بطريقة مقصودة من نطاق

القاهرة الكبرى. وقد تراوح العمر الزمنى فى مجموعة الذكور بين ٣٦ عاماً حتى ٦٨ عاماً بمتوسط قدره ٥٢,٦٤ عاماً، وإنحراف معيارى ٣,٨٦ عاماً، وفى عينة الإناث تتراوح العمر بين ٣٦ عاماً حتى ٦٦ عاماً بمتوسط قدره ٢٥,٧٩ عاماً وإنحراف معيارى قدره ٣,٠٢ عاماً.

جدول (١) يوضح خصائص عينتى الدراسة المصابة بالسكر وغير المصابة

البيان		العينة التجريبية (مرضى السكر ن=٤٠٠)				العينة الضابطة (غير مرضى بالسكر ن=٤٠٠)			
		عينة الذكور ن=٢٠٠		عينة الإناث ن=٢٠٠		عينة الذكور ن=٢٠٠		عينة الإناث ن=٢٠٠	
		ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪
السن	٣٣	٥٢	٢٦,٠	٣٨	١٨,٠	٦٧	٣٣,٥	٥٣	٢٦,٥
	٤٣	٤٢	٣١,٥	٦٢	٣١,٠	٥١	٢٥,٥	٤٤	٢٢,٠
	٥٣	٣٧	١٨,٥	٣٦	١٨,٠	٢٥	١٢,٥	٦١	٣٠,٥
	٦٣ - ٧٢	٦٨	٣٤,٠	٦٤	٣٢,٠	٥٧	٢٨,٥	٥٢	٢٦,٠
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠
التعليم	بدون تعليم	٣٧	١٨,٥	٤٦	٢٣,٠	٢٧	١٣,٥	٣٤	١٧,٠
	تعليم أساسى	٢٥	١٢,٥	٣٣	١٦,٥	٤٩	٢٤,٥	٣٢	١٦,٠
	تعليم ثانوى	٤٣	٢١,٥	٣٧	١٨,٥	٢٥	١٢,٥	٤٩	٢٤,٥
	تعليم فوق متوسط	٥٤	٢٧,٠	٣٢	١٦,٠	٤٣	٢١,٥	٣٨	١٩,٠
	تعليم جامعى	٤١	٢٠,٥	٥٢	٢٦,٠	٥٦	٢٨,٠	٤٧	٢٣,٥
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠
المهنة	مهن كتابية	٣٧	١٨,٥	٥٥	٢٧,٥	٣٣	١٦,٥	٦٩	٣٤,٥
	مهن إدارية وشبه مهنية	٥٦	٢٨,٠	٤٣	٢١,٥	٤٧	٢٣,٥	٤٨	٢٤,٠
	مهن مهنية	٤٧	٢٣,٥	٢٥	١٢,٥	٣٨	١٩,٠	٢٤	١٢,٠
	بدون عمل	٦٠	٣٠,٠	٧٧	٣٨,٥	٨٢	٤١,٠	٥٩	٢٩,٥
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠
الحالة الاجتماعية	متزوج	٧	٢٨,٠	٤٣	٢١,٥	٨٥	٤٢,٥	٧٧	٣٨,٥
	غير متزوج	٢٥	١٢,٥	١٥	٧,٥	٤٣	٢١,٥	٥	٢٢,٥
	مطلق	٤٤	٢٢,٠	٧	٣٢,٥	٤٩	٢٤,٥	٤٣	٢١,٥
	أرمل	٥٥	٢٧,٥	٧٥	٣٧,٥	٢٣	١١,٥	١٥	٧,٥
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠
الحى السكنى	أحياء القاهرة	٩٢	٤٦,٥	٦٥	٣٢,٥	٧٤	٣٧,٠	٥٠	٢٥,٠
	أحياء الجيزة	٧٢	٣٦,٠	١١٣	٥٦,٥	٦٣	٣١,٥	٢٧	١٣,٥
	القليوبية	٣٥	١٧,٥	٢٢	١١,٠	٦٣	٣١,٥	١٢٣	٦١,٥
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠

ويتضح من الجدول رقم (١) والخاص بتوضيح خصائص عينتى الدراسة (المرضية وغير المرضية) حيث تراوح السن ما بين ٣٣ - ٧٢ عهاماً حيث بلغ فى العمر من ٦٣ - ٧٢ عاماً ٣٤٪، فى حين أن أعلى نسبة لدى الذكور المرضى فى التعليم كانت فوق المتوسط حيث بلغت نسبتها

٢٧٪، فى حين أن التعليم الجامعى لدى الإناث المصابات بالسكر قد بلغت ٢٦٪، والمهنة بدون عمل لدى الذكور ٣٠٪ والإناث ٣٨,٥٪ من المصابين والمصابات بالسكر والحالة الإجتماعية مطلق بلغت ٢٢٪ فى عينة الذكور، ٣٣,٥٪ فى عينة الإناث.

ثانياً : – أدوات الدراسة :

١ – قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية :

هـذه القائمة مـن إعـداد : كيف بـرودمـان Keev Brodman، والبرت أردمان Albert. Erdman، وهارولد ج. ولف Harld. G. wolf وبول.ف. مسكوفتس Poul. F. Miskovitz، وقام محمود أبو النيل بإعدادها إلى العربية.

وتشتمل القائمة على (٢٢٣) سـؤال موزعة على مقاييس فرعية تقيس (١٨) عاملاً إنفعالياً وسيكوسوماتيا هى : مقياس السمع والأبصار (عدد العبارات ١٣)، مقياس الجهاز التنفسى (عدد العبارات ١٧)، مقياس القلب والأوعية الدموية (عدد العبارات ١٩)، مقياس الجهاز الهضمى (عدد العبارات ٢٠)، مقياس الهيكل العظمى (عدد العبارات ١١)، مقياس الجلد (عدد العبارات ٧)، مقياس الجهاز العصبى (عدد العبارات ١٨)، مقياس الجهاز البولى التناسلى (عدد العبارات ١٣)، مقياس التعب (عدد العبارات ٧)، مقياس تكرار المرض (عدد العبارات ٩)، عدم الكفاية (عدد العبارات ١٢)، مقياس الإكتئاب (عدد العبارات ٦)، مقياس القلق (عدد العبارات ٩)، مقياس الحساسية (عدد العبارات ٦)،

مقياس الغضب (عدد العبارات ٩)، مقياس التوتر (عدد العبارات ٦)، إضافة إلى الدرجة الكلية.

وقد بينت العديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية إتسام هذه البطارية بالكفاءة السيكومترية والتى تناولت درجة الإتساق الداخلى للبطارية حيث بينت وجود إرتباط كبير لبنودها بالدرجة الفرعية والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك القدرة التمييزية لبنود البطارية بين المجموعات المتطرفة (أنظر : محمد صديق ١٩٩٩؛ مجدى زينة ٢٠٠٠؛ محمود أبو النيل ٢٠٠١؛ آمال عبد الحليم ١٩٩٩؛ هبة الله أبو النيل ، ٢٠٠٢)، كما توصلت العديد من الدراسات إلى تمتع البطارية بثبات عال إذ بلغ المقياس بطريقة إعادة الإختبار ٠,٨٦ وهو معامل مرتفع نسبياً وبطريقة القسمة التصفية ٠,٨٥ (أنظر : محمد صديق، ١٩٩٩؛ مجدى زينة؛ ٢٠٠٠، هبة الله أبو النيل، أيمن عامر ٢٠٠٦).

وفى إطار هذه الدراسة تم تطبيق القائمة على عينة مكونة من (٥٠) مريضاً بالسكر، (٣٠ من الذكور – ٢٠ من الإناث) وعينة مماثلة غير مصابة بالسكر (ن = ٥٠) بواقع (٣٥ من الذكور – ١٥ من الإناث)، وتراوح العمر الزمنى بين (٣٩–٦٤) عاماً لدى المجموعتين التجريبية (أى المصابة بالسكر) وغير المصابة بالسكر، بمتوسط قدره ٥٠,٩٤ ــــ ٣,٤٢ عاماً) حيث تم تطبيق جميع الإختبارات المستخدمة فى هذه الدراسة بطريقة إعادة التطبيق بعد أسبوعين، فوجد أن معامل الثبات بطريقة إعادة الإختبار فى الدراسة

الراهنة قد وصل إلى ٩١٪، وهخو معامل مرتفع ويشير إلى الإطمئنان إلى الإستخدام هذه الأداة.

٢ - مقياس ضغوط الحياة :

هذا المقياس من إعداد الباحث، وقد سبق أن صممه وإستخدمه فى أطروحته للدكتوراه (١٩٩٦)، ويقيس المقياس (٨) جوانب من الضغوط التى من الممكن أن يتعرض لها الفرد وهى : ضغوط أسرية (عدد العبارات ١٥)، ضغوط دراسية (عدد العبارات ٨)، ضغوط العمل (عدد العبارات ١٠)، ضغوط الزواج والعلاقة بالجنس الآخر (عدد العبارات ١٥)، ضغوط مالية (عدد العبارات ٧)، ضغوط الأصدقاء (عدد العبارات ٧)، ضغوط مخالفة القانون (عدد العبارات ٨)، ضغوط نفسية (عدد العبارات ١٧). وتم حساب الثبات فى الدراسة الأولى (١٩٩٦) بطريقة إعادة الإختبار نوجد أن ر = ٨١, ٠، وفى إطار هذه الدراسة وعلى نفس عينة التقنين السابق الإشارة إليها وجد أن معامل الثبات قد وصل إلى ٨٦, ٠ وهو معامل مرتفع نسبياً ويشير إلى الإطمئنان إلى إستخدام هذه الأداة.

٣ - إستبيان تقدير الشخصية :

هذا الإستبيان من تأليف رونالد. ب. رونر Rohner ترجمة وإعداد ممدوحة سلامة (١٩٨٨)، وهو أداة لتقدير الذات، أى بهدف الحصول على تقدير كمى لكيف يرى ويدرك الفرد نفسه فيما يتعلق بسببية نزعات شخصية (ميل سلوكى) وهى : - العدوانية / العداء، الإعتمادية، تقدير الذات،

الكفاية الشخصية، التجاوب الإنفعالى، الثبات الإنفعالى، النظرة للحياة.

وقد أجريت على هذا الإستبيان العديد من طرق الثبات والصدق سواء فى صورته الإنجليزية أو فى صورته العربية، وسوف نكتفى بإشارة إلى نتائج عينة التقنية العربية :

١ تم تحليل وصدق وثبات الإستبيان على عينة مكونة من ٨٤ طالب وطالبة (٤١ ذكور، ٤٣ إناث) تراوحت أعمارهم ما بين ١٨ – ٢٥ عاماً، وإنحراف معيارى ٢,٢٩ عاماً.

٢ – تم حساب الثبات بإستخدام معامل ألفا لكرونباخ وقد تراوحت ما بين ٠,٥٩ ،٠,٧٩ ، بوسيط قدره ٠,٦٨ .

٣ – تم حساب الصدق بطريقتين هما :

أ – التجانس الداخلى : وقد أشارت إلى معاملات إرتباط مرضية بين درجة كل مفردة، ومجموع درجات مفردات المقياس الفرعى، وكانت معاملات الإرتباط الخاصة بجميع مفردات الإستبيان دالة عند ٠,٠١ .

ب – الصدق العاملى : حيث أسفر عن إستخلاص خمسة عوامل بلغ الجدار الكامن لكل منها أكثر من واحد صحيح، وثم تدوير مصفوفة العوامل للكشف عن طبيعة هذه العوامل.

وقد إستحوذت العوامل الخمسة على ٧٣,٤٣٪ من التباين الإرتباط الكلى (ممدوحة سلامة، ١٩٨٨)

وفى إطار هذه الدراسة وعلى نفس عينة التقنين السابق الإشارة إليها وجد أن معامل الثبات بطريقة إعادة الإختبار

بفاصل زمنى قدره أسبوعين قد بلغ ٠,٨٥، وهو معامل ذو ثبات مرتفع.

٤ - **إختبار الصلابة النفسية** : وهو من إعداد عماد مخيمر، ومكون من (٤٧) عبارة تركز على جوانب الصلابة النفسية للفرد، وتقع الإجابة فى ثلاثة مستويات (دائماً - أحياناً - أبداً)،وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين ثلاث درجات ودرجة واحدة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة إدراك المستجيب للصلابة النفسية.

والمقياس مكون من ثلاثة أبعاد هى : - الإلتزام (وهذا البعد يتكون من ١٦ عبارة)، التحكم (ويتكون من ١٥ عبارة) التحدى (ويتكون من ١٦ عبارة).

وتم حساب الثبات والصدق للمقياس على عينة من طلاب الجامعة بلغ عددها (٢٨٠)، حيث بلغ معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ كالآتى : -

الدرجة الكلية للإستبيان ٠,٧٥، الإلتزام ٠,٦٩، التحكم ٠,٧٦، وهى معاملات ثبات مرتفعة. كما تم حساب الثبات عن طريق الإتساق الداخلى وتراوحت معاملات الإرتباط ما بين ٠,٧٤، وعند مستوى ٠,٠١، وهى دالة عند مستوى ٠,٠٥، وقد بلغ معامل الإرتباط بين بعد الإلتزام والدرجة الكلية ٠,٧٥، وبين بعد التحكم والدرجة الكلية ٠,٨٢، وبين بعد التحدى والدرجة الكلية ٠,٦ حيث تراوحت معاملات الإرتباط بين ٠,٢٢ إلى ٠,٧٤.

(عماد مخيمر ١٩٩٦، ٢٧٥-٢٩٩)

وفى إطار هذه الدراسة وعلى نفس عينة التقنين السابق الإشارة إليها تم حساب الثبات بطريقة الإعادة فتوصل إلى معاملات ثبات كالآتى : الدرجة الكلية ٠,٧٩، بعد الإلتزام ٠,٧٧، بعد التحكم ٠,٧٨، بعد التحدى ٠,٧٤، وهى معاملات ثباتن مرتفعة ودالة إحصائياً، وكل ما سبق يشير إلى صلاحية الإختبار للإستخدام فى هذه الدراسة.

ثالثاً : التحليل الإحصائى :

تم إستخدام الأساليب الإحصائية الآتية :

١ - حساب التكرار والمتوسطات والإنحرافات المعيارية.

٢ - حساب تحليل التباين بين المجموعات.

٣ - حساب ال t. Test لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعات.

٤ - التحليل العاملى للتعرف على العوامل الأكثر تشبعا وشيوعاً لدى أفراد العينة المريضة بالسكر.

نتائج الدراسة :

نتائج الفرض الأول :

وينص على : «توجد علاقة إرتباطية بين درجات الإضطرابات السيكوسوماتية وكل من درجات ضغوط الحياة وتقدير الشخصية والصلابة النفسية بين المجموعة التجريبية المصابة بالسكر (ذكور - إناث)، والمجموعة الضابطة غير المصابة بالسكر (ذكور - إناث).

أولاً : المجموعة التجريبية :

جـدول رقـم (٢-١) يوضح العلاقة بـين متغيرات الإضطرابات السيكوسوماتية وكل من متغيرات : ضغوط الحياة وتقدير الشخصية والصلابة النفسية لدى مرضى السكر (ن=٤٠٠).

جدول رقم (٢-أ) يوضح معاملات الإرتباط بين متغير الإضطرابات السيكوسوماتية ومتغيرات : ضغوط الحياة وإستبيان تقدير الشخصية والصلابة النفسية.

جـــدول (٣-١أ)

م	الاضطرابات السيكوسوماتية	شدائد الأسرية	شدائد الدراسة	شدائد العمل	من الجنس الآخر	من مالية	من الأصدقاء	من مخالفة القانون	الضغوط النفسية	الدرجة الكلية للضغوط	العدوان	الاعتمادية	التقدير السلبي	عدم الكفاية	عدم التجاوب الانفعالي	عدم الثبات الانفعالي	النظرة للحياة	الالتزام	التحكم	التحدي	الدرجة الكلية للصلابة
١	السمع والأبصار	*٠,١٠	٠,٠٣	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٧	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٣	٠,٠٩	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٠١
٢	الجهاز التنفسي	*٠,١٠	٠,٠٦	٠,٠١	*٠,١٢	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٩	**٠,١٢	**٠,١٢	٠,٠٧	*٠,١١	٠,٠٦	*٠,١١	٠,٠٧	*٠,١٠	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٢
٣	القلب والأوعية الدموية	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٩	٠,٠٦	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٥	٠,٠٨	٠,٠٨	٠,٠٩
٤	الجهاز الهضمي	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٨	*٠,١٣	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٩	٠,٠٩	٠,٠٨	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٩	٠,٠٣
٥	الهيكل العظمي	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	*٠,١١	٠,٠٥	٠,٠٧	٠,٠٩	٠,٠٥	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٩	٠,٠٩	٠,٠٦	٠,٠٧	٠,٠١	٠,٠٦
٦	الجلد	*٠,١٠	*٠,١٢	٠,٠٢	٠,٠٦	*٠,١١	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٥	٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٠	٠,٠٦	٠,٠٥
٧	الجهاز العصبي	٠,٠٧	٠,٠٨	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٠٤	**٠,١٢	*٠,١١	٠,٠٨	٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٧	٠,٠٨	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٧
٨	الجهاز البول والتناسلي	٠,٠٥	٠,٠٣	*٠,١١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٦	٠,٠٣	٠,١١	*٠,١٠	٠,٠١	٠,٠٨	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٠
٩	التعب	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٩	٠,٠٩	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٠	٠,٠٥	٠,٠٦	٠,٠٧	٠,٠٠	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠١
١٠	تكرار المرض	٠,٠٥	٠,٠٣	**٠,١٥	٠,٠١	٠,٠٩	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٩	*٠,١٠	٠,١٣	٠,٠٧	٠,١١	٠,١١	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٨	٠,٠٧	٠,٠٧
١١	أمراض متنوعة	*٠,١٠	٠,٠٤	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٩	**٠,١٥	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٦	*٠,١٣	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠١	٠,٠٤
١٢	العادات	٠,٠٦	٠,٠٧	٠,٠٩	٠,١١	٠,٠٩	*٠,١٠	٠,٠٦	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٨	٠,٠٦	**٠,١٥	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٨	٠,٠٦
١٣	عدم الكفاية	٠,٠١	٠,٠٨	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٧	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٦
١٤	الاكتئاب	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٩	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٩	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٦	٠,٠٦
١٥	القلق	٠,٠٤	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٩	٠,٠١	٠,٠٩	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٩	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٢
١٦	الحساسية	٠,٠١	٠,٠٦	*٠,١١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٩	٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٧
١٧	الغضب	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٦	٠,٠٦	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٨	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠١
١٨	التوتر	٠,٠٤	٠,٠٥	**٠,١٧	٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٦	*٠,١٢	٠,٠٩
١٩	الدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية	٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٧	*٠,١٣	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٥

ملحوظة: (**) معامل الارتباط يكون دال عند ٠,٠١ عندما تكون ٠,١٢

(*) معامل الارتباط يكون دال عند ٠,٠٥ عندما يكون ٠,١٠ وحتى ٠,١٢

ويتضح من جدول (٢-أ) والخاص بفئة مرضى السكر الآتى : -

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين السمع والإبصار والتقدير السلبى للشخصية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز التنفسى والضغوط المالية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين القلب والأوعية الدموية وضغوط العمل والإلتزام (أحد مكونات مقياس الصلابة النفسية).

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز الهضمى وكل من الضغوط المالية وضغوط مخالفة القانون، والتقدير السبى للشخصية والنظرة السلبية للحياة والإلتزام.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجلد والعدوان.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز العصبى وكل من الضغوط المالية، وضغوط مخالفة القانون، والعدوان والإعتمادية، وعدم التجاوب الإنفعالى، والنظرة السلبية للحياة، والتحدى.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز البولى والتناسلى وكل من ضغوط العمل، الضغوط المالية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين أمراض متنوعة وكل من ضغوط العمل، والدرجة الكلية للضغوط، وعدم الثبات الإنفعالى.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين العادات وعدم الثبات الإنفعالى.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين عدم الكفاية

والضغوط النفسية، والتحكم.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الإكتئاب وضغوط الزواج، والتقدير السلبى للذات، والإلتزام والتحكم، والدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين القلق وضغوط الزواج.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الحساسية وضغوط الزواج.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الغضب وضغوط الدراسة، والدرجة الكلية للضغوط والإعتمادية، وعدم الثبات الإنفعالى.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين التوتر وكل من ضغوط العمل، ضغوط الزواج، الدرجة الكلية للضغوط، عدم الكفاية، التحكم، الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للمقياس والتحدى.

- لا توجد علاقة إرتباطية موجبة بين كل من الهيكل العظمى، التعب، تكرار المرض وبين أى متغير من متغيرات الدراسة الأخرى.

ثانياً : المجموعة الضابطة :

جدول رقم (٢-ب) يوضح العلاقة بين متغيرات الإضطرابات السيكوسوماتية وكل من متغيرات ضغوط الحياة، تقدير الشخصية، والصلابة النفسية لدى العينة غير المصابة بالسكر (ن=٤٠٠).

جـــدول (٢ ـ ب)

م	الاضطرابات السيكوسوماتية	شدائد الأسرية	شدائد الدراسة	شدائد العمل	من الجنس الآخر	من مالية	من الأسلاء	من مخالفة القانون	الضغوط النفسية	الدرجة الكلية للضغوط	العدوان	الاعتمادية	التقدير السلبي	عدم الكفاية	عدم التجاوب الانفعالي	عدم الثبات الانفعالي	النظرة للحياة	الالتزام	التحكم	التحدي	الدرجة الكلية للصلابة
١	السمع والأبصار	-٠,٠٤	-٠,٠١	٠,٠١	-٠,٠٤	٠,٠٩	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٣	**٠,١٣	٠,٠٧	٠,٠٧	٠,٠١	٠,٠٢	-٠,٠٦	٠,٠٣	-٠,٠٦	٠,٠٤
٢	الجهاز التنفسي	٠,٠١	٠,٠٥	-٠,٠٧	-٠,٠٢	**٠,١٢	٠,٠٥	٠,٠٥	-٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	-٠,٠٢	٠,٠٥	-٠,٠٣	٠,٠٣	-٠,٠٨	-٠,٠٣
٣	القلب والأوعية الدموية	٠,٠٢	-٠,٠٢	-**٠,١٣	-٠,٠٧	٠,٠٨	-٠,٠٢	٠,٠١	-٠,٠٢	٠,٠٥	-٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	-*٠,١	-٠,٠٢	٠,٠٥	-٠,٠٨
٤	الجهاز الهضمي	٠,٠١	٠,٠٤	-٠,٠٧	-٠,٠٢	*٠,١	٠,٠٩	*٠,١	-٠,٠٥	٠,٠٦	-٠,٠٢	٠,٠٤	**٠,١٤	٠,٠٧	٠,٠٣	٠,٠٨	*٠,١	-*٠,١	-٠,٠٤	-٠,٠٦	-٠,٠٩
٥	الهيكل العظمي	-٠,٠٢	-٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٨	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٣	-٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠١	-٠,٠٤	-٠,٠٢	-٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٩	٠,٠٤	٠,٠٣
٦	الجلد	-٠,٠٣	-٠,٠١	-٠,٠٣	٠,٠٦	٠,٠٣	٠,٠٦	٠,٠٣	٠,٠٦	٠,٠٤	*٠,٠٩	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٩	٠,٠١	-٠,٠٣	-٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٨	-٠,٠٦
٧	الجهاز العصبي	-٠,٠٦	٠,٠٢	-٠,٠١	٠,٠٤	**٠,١٨	٠,٠٩	*٠,١٢	٠,٠٦	٠,٠٩	*٠,١٢	**٠,١٢	٠,٠٤	٠,٠٤	*٠,٠٩	-٠,٠٢	**٠,١١	-٠,٠٢	٠,٠٩	-*٠,١	-٠,٠٨
٨	الجهاز البول والتناسلي	-٠,٠٦	-٠,٠٢	-**٠,١٣	-٠,٠٧	*٠,٠٩	٠,٠٧	-٠,٠٨	٠,٠٢	-٠,٠٤	٠,٠٩	-٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٤	-٠,٠٢	-٠,٠٦	-٠,٠٦	-٠,٠٤	-٠,٠٢	-٠,٠٦
٩	التعب	٠,٠٥	-٠,٠٣	٠,٠٢	-٠,٠٤	٠,٠١	-٠,٠٥	-٠,٠٩	٠,٠٢	٠,٠٣	-٠,٠٧	٠,٠٨	٠,٠٣	-٠,٠٤	-٠,٠٣	-٠,٠٢	-٠,٠٣	٠,٠٥	٠,٠٩	٠,٠٣	-٠,٠٩
١٠	تكرار المرض	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٤	-٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٧	٠,٠٤	-٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٩	٠,٠٦	-٠,٠٣	-٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٩	٠,٠٣	٠,٠٣
١١	أمراض متنوعة	-٠,٠٤	-٠,٠٧	-**٠,١٥	-٠,٠٧	-٠,٠٩	-٠,٠٨	-٠,٠٨	٠,٠٣	-*٠,١	-٠,٠٧	٠,٠٠	-٠,٠٩	-٠,٠٦	-٠,٠٥	*٠,١٢	٠,٠٤	٠,٠١	-٠,٠٣	-٠,٠٣	-٠,٠٩
١٢	العادات	-٠,٠٥	-٠,٠١	-٠,٠٩	٠,٠١	-٠,٠٧	-٠,٠٩	-٠,٠١	-٠,٠٨	-٠,٠٢	-٠,٠٧	-٠,٠٣	-٠,٠٩	-٠,٠٩	-٠,٠٨	-*٠,١	٠,٠٤	-٠,٠١	-٠,٠٩	-٠,٠٣	-٠,٠٢
١٣	عدم الكفاية	٠,٠٦	٠,٠١	-٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٦	٠,٠٤	-*٠,١	-٠,٠٨	٠,٠١	-٠,٠٧	٠,٠٤	-٠,٠٩	٠,٠٤	-٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠١	*٠,١١	٠,٠٦	٠,٠١
١٤	الاكتئاب	-٠,٠٣	٠,٠٩	-٠,٠٩	*٠,١١	-٠,٠١	٠,٠٣	-٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٩	*٠,٠٩	٠,٠٨	٠,٠١	٠,٠٥	-٠,٠٢	-*٠,١٢	*٠,١	٠,٠٩	**٠,١٤
١٥	القلق	٠,٠٩	٠,٠٣	٠,٠٤	**٠,١٧	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	-٠,٠٥	٠,٠٨	-٠,٠٤	-٠,٠٥	٠,٠٣	-٠,٠٢	٠,٠٣	٠,٠٩	٠,٠١	٠,٠٣	-٠,٠٣	٠,٠٩	٠,٠٣
١٦	الحساسية	٠,٠٩	٠,٠٣	٠,٠٣	**٠,١٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٤	-٠,٠٢	٠,٠٧	-٠,٠٥	٠,٠٥	-٠,٠٩	-٠,٠٧	-٠,٠٧	٠,٠٩	٠,٠٥	٠,٠٣	-٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٣
١٧	الغضب	٠,٠٩	**٠,١٥	٠,٠٧	٠,٠٧	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٧	٠,٠٠	**٠,١٣	٠,٠٦	**٠,١٦	٠,٠٨	٠,٠٩	٠,٠٥	*٠,٠٩	٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٨	٠,٠٨
١٨	التوتر	٠,٠٩	٠,٠٧	**٠,١٤	**٠,١٤	٠,٠٨	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٠	**٠,١٦	٠,٠٣	٠,٠٨	٠,٠٩	*٠,١١	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٢	٠,٠٧	*٠,١	٠,٠٨	*٠,١١
١٩	الدرجة الكلية للاضطرابات	٠,٠١	-٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٢	**٠,١٤	٠,٠٦	٠,٠٣	٠,٠٠	٠,٠٢	-٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٨	-٠,٠٤	-٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٠٥	٠,٠٧	٠,٠١	*٠,١	٠,٠٨

ملحوظة (**) معامل الارتباط يكون دال عند ٠,٠١ عندما تكون ر ٠,١٣

(*) معامل الارتباط يكون دال عند ٠,٠٥ عندما يكون ٠,١٠ وحتى ٠,١٢

ويتضح من الجدول رقم (٢-ب) والخاص بتوضيح العلاقة بين المتغيرات السيكوسوماتية وكل من متغيرات الحياة وتقدير الشخصية والصلابة النفسية الآتى : -

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز التنفسى وكل من الضغوط الأسرية، ضغوط الزواج، الضغوط النفسية، الدرجة الكلية للضغوط، الإعتمادية، عدم الكفاية، عدم الثبات الإنفعالى.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز الهضمى وضغوط الزواج.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الهيكل العظمى وضغوط الأصدقاء.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجلد وضغوط الدراسة، الضغوط المالية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز العصبى وضغوط مخالفة القانون، والضغوط النفسية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز البولى والتناسلى وضغوط العمل، وعدم الكفاية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين تكرار المرض وضغوط العمل والإعتمادية، وعدم التجاوب الإنفعالى.د

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين أمراض متنوعة والضغوط الأسرية والعدوان والنظرة للحياة.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين العادات الأصدقاء والنظرة للحياة.

– وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الحساسية وضغوط العمل.

– وجود علاقة إرتباطية موجبة بين التوتر وضغوط العمل والتحدى.

– وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الدرجة الكلية للمقياس والنظرة للحياة.

– وجود علاقة إرتباطية موجبة بين كل من : السمع والإبصار، القلب والأوعية الدموية، التعب، عدم الكفاية، الإكتئاب، القلق، الغضب وبين أى متغير من متغيرات الدراسة الأخرى.

– وجود علاقة إرتباطية موجبة بين كفاءة أجهزة الجسم وإمكانية مواجهة الضغوط مع زيادة جميع جوانب إختبار الصلابة النفسية.

نتائج الفرض الثانى :

وينص على : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الأربع عينة تجريبية : (ذكور–إناث)، وفقا لمتغير النوع وعلى مقاييس الدراسة.

أ – قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية :

جدول (٣–أ) يوضح تحليل التباين بين المجموعات (مجموعات تجريبية ذكور مرضى بالسكر – إناث مرضى بالسكر) وذكور وإناث غير مرضى بالسكر على قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية.

جدول رقم (٣-أ)*

يوضح قيم (ف) ودلالتها للفروق بين العينات الأربع فى إتجاهين ٢×٢ (ذكور/ إناث)، (مرضى بالسكر - غير مرضى) من حيث النوع على قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية.

م	المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	قيمة ف	دلالة ف
١	السمع والابصار	١٠٥,٣٠	٠,٠٠٠١
٢	الجهاز التنفسي	١٢٠,٥٠	٠,٠٠٠١
٣	القلب والأوعية الدموية	١٢٩,٦٠	٠,٠٠٠١
٤	الجهاز الهضمي	١١٠,٤٩	٠,٠٠٠١
٥	الهيكل العظمي	٥٠,٥٨	٠,٠٠٠١
٦	الجلد	١٤٦,٣٨	٠,٠٠٠١
٧	الجهاز العصبي	١١٣,١٤	٠,٠٠٠١
٨	الجهاز البولي والتناسلي	١١١,٧٣	٠,٠٠٠١
٩	التعب	٢٣٩,٩٩	٠,٠٠٠١
١٠	تكرار المرض	١٤٤,٧٣	٠,٠٠٠١
١١	أمراض متنوعة	١٤٠,٨٣	٠,٠٠٠١
١٢	العادات	١٠٣,٦٠	٠,٠٠٠١
١٣	عدم الكفاية	٧٧,٦٦	٠,٠٠٠١
١٤	الاكتئاب	١٢٦,٣٨	٠,٠٠٠١
١٥	القلق	٧٨,٠٣	٠,٠٠٠١
١٦	الحساسية	٢٠٢,٦٣	٠,٠٠٠١
١٧	الغضب	٢٠٩,٣٥	٠,٠٠٠١
١٨	التوتر	١٧٤,٠٧	٠,٠٠٠١
١٩	الدرجة الكلية	٧٤٠,٢١	٠,٠٠٠١

(*) الجداول التفصيلية لجداول تحليل التباين متاحة لدي الباحث الأول لمن يريد الاضطلاع عليها.

بالنظر إلى الجدول (٣-أ) يتضح أن هناك فروق ذات دلالة بين العينات الأربع فيما يتعلق بالدرجة الكلية وكذا درجات المقاييس الفرعية المكونة لقائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية وبدرجات ذات دلالة إحصائية تتراوح بين ٠,٠٠٠١، ٠,٠٠١ ولدى المجموعات الأربع فيما يتعلق بالنوع ومن خلال الكشف عن دلالتها من خلال إختبار الـ t. Test وجدت أنها لصالح عينة الإناث والذكور المرضى.

* الجداول التفصيلية لجداول تحليل التباين متاحة لدى الباحث الأول لمن يريد الإطلاع عليها.

ب - إختبار الضغوط :

جدول (٣-ب)

يوضح قيم (ف) ودلالتها بين المجموعات الأربع على إختبار الضغوط

م	المقاييس الفرعية لاختبار الضغوط	قيمة ف	دلالة ف
١	الضغوط الأسرية	١١٢,٨٩	٠,٠٠٠١
٢	ضغوط الدراسة	١٤٦,٥٤	٠,٠٠٠١
٣	ضغوط العمل	٦٦,٣٨	٠,٠٠٠١
٤	ضغوط الجنس الآخر	١١٢,٧٨	٠,٠٠٠١
٥	الضغوط المالية	١٦٥,٩٥	٠,٠٠٠١
٦	ضغوط الأصدقاء	٩٧,٨٥	٠,٠٠٠١
٧	ضغوط مخالفة القانون	٥٨,٠٤	٠,٠٠٠١
٨	الضغوط النفسية	٢٠٧,٤٣	٠,٠٠٠١
٩	الدرجة الكلية للضغوط	٥٩٧,٩٩	٠,٠٠٠١

بالنظر إلى الجدول رقم (٣-ب) يتضح أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الأربع بالدرجة الكلية لإختبار الضغوط وكذا درجات المقاييس الفرعية وبدرجات ذات دلالة إحصائية إنحصرت جميعها فى ٠,٠٠٠١ ومن خلال الكشف عنها بواسطة t. Test. إلى جانب العينة التجريبية

جـ - إستبانة تقدير الشخصية :

جدول رقم (٣-جـ)

يوضح دلالة الفروق بين المجموعات على إستبانة تقدير الشخصية

م	المقاييس الفرعية لاستبانة تقدير الشخصية	قيمة ف	دلالة ف
١	العدوان / العداء	٤٢٠,٨٤	٠,٠٠٠١
٢	الاعتمادية	٦٠٩,٢٦	٠,٠٠٠١
٣	التقدير السلبي للذات	٣٠٩,٠١	٠,٠٠٠١
٤	عدم الكفاية	١٩٣,٠٠	٠,٠٠٠١
٥	عدم التجاوب الانفعالي	٣٢١,٩٠	٠,٠٠٠١
٦	عدم الثبات الانفعالي	٥٩٦,٤٧	٠,٠٠٠١
٧	النظرة للحياة	٤٦٦,٨٤	٠,٠٠٠١

بالنظر إلى الجدول رقم (٣-جـ) يتضح أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بالمقاييس الفرعية السبعة لإستبيان تقدير الشخصية وعند مستوى دلالة ٠,٠٠٠١ ومن خلال الكشف عنها بواسطة t. Test وجد أنها إلى جانب العينة التجريبية (ذكور -إناث) أى المرضى بالسكر.

د – إختبار الصلابة النفسية :

جدول رقم (٣-د)

يوضح دلالة الفروق بين المجموعات الأربع وفقا للنوع على إختبار الصلابة النفسية

م	المقاييس الفرعية لاختبار الصلابة النفسية	قيمة ف	دلالة ف
١	الالتزام	٧٩٠,٦٥	٠,٠٠٠١
٢	التحكم	٨٩٧,٤٠	٠,٠٠٠١
٣	التحدي	٨٢١,٠٧	٠,٠٠٠١
٤	الدرجة الكلية	١٣٦٨,٧	٠,٠٠٠١

بالنظر إلى الجدول رقم (٣- د) يتضح أن هناك فروق ذات دلالة بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بالدرجة الكلية لإختبار الصلابة النفسية وكذا المقاييس الفرعية وبدرجات ذات دلالة إحصائية إنحصرت عند ٠,٠٠٠١ ومن خلال الكشف عنها بواسطة إختبار الـ t. Test وجد أنها إلى جانب العينة غير المصابة بالسكر.

نتائج الفرض الثالث :

وينص على : «توجد فروق دالة إحصائيا بين المستوى الإجتماعى (متزوج وغير متزوج – مطلق – أرمل) وبين درجات المتغيرات النفسية الآتية : –

أ – قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية

جدول رقم (٤ – أ)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات الأربع وفقا لمتغير المستوى الإجتماعى (متزوج – مطلق – أرمل – غير متزوج) وبين درجات قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية.

م	المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	قيمة ف	دلالة ف
١	السمع والابصار	٠,٩٢	غير دالة
٢	الجهاز التنفسي	٠,٧١	غير دالة
٣	القلب والأوعية الدموية	١,٩٧	غير دالة
٤	الجهاز الهضمي	١,٢٤	غير دالة
٥	الهيكل العظمي	٠,٦٦	غير دالة
٦	الجلد	٠,٦١	غير دالة
٧	الجهاز العصبي	١,١١	غير دالة
٨	الجهاز البولي والتناسلي	١,٠٨	غير دالة
٩	التعب	١,١٠	غير دالة
١٠	تكرار المرض	١,١١	غير دالة
١١	أمراض متنوعة	٢,٩٢	غير دالة عند ٥٠,
١٢	العادات	١,٤٨	غير دالة
١٣	عدم الكفاية	٠,٢٣	غير دالة
١٤	الاكتئاب	٠,٦٦	غير دالة
١٥	القلق	١,٥٤	غير دالة
١٦	الحساسية	٥,١٤	غير دالة عند ٥٠,
١٧	الغضب	٠,٩٥	غير دالة
١٨	التوتر	٠,٥٨	غير دالة
١٩	الدرجة الكلية	١,٢٢	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (٤-أ) وجود دلالة إحصائية عند ٠,٠٥ . فقد عند المقياسيين الفرعيين : أمراض متنوعة، والحساسية، بإستثناء ذلك لا توجد أى دلالة إحصائية وقد تم التوصل إلى ذلك بواسطة معادلة الـ t. Test والدلالة إلة جانب أفراد العينة التجريبية (متزوج - مطلق).

ب - إختبار الضغوط

جدول رقم (٤-ب)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بإختبار الضغوط من حيث المستوى الإجتماعى.

م	المقاييس الفرعية لاختبار الضغوط	قيمة ف	دلالة ف
١	الضغوط الأسرية	٠,٥٣	غير دالة
٢	ضغوط الدراسة	٠,٥٣	غير دالة
٣	ضغوط العمل	١,٢٠	غير دالة
٤	ضغوط الجنس الآخر	٠,٢٩	غير دالة
٥	الضغوط المالية	٠,٧٦	غير دالة
٦	ضغوط الأصدقاء	٠,١٩	غير دالة
٧	ضغوط مخالفة القانون	٠,٤٦	غير دالة
٨	الضغوط النفسية	٠,٦٣	غير دالة
٩	الدرجة الكلية للضغوط	٠,٢٦	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (٤-ب) عدم وجود ذات دلالة إحصائية بين المقاييس الفرعية وكذا الدرجة الكلية لإختبار ضغوط الحياة على متغير المستوى الإجتماعى وتم التوصل إلى ذلك بواسطة t. Test.

جـ - إستبانة تقدير الشخصية

جدول رقم (٤-جـ)

يوضح دلالة الفروق بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بإستبانة تقدير الشخصية على متغير المستوى الإجتماعى

م	المقاييس الفرعية لاستبانة تقدير الشخصية	قيمة ف	دلالة ف
١	العدوان / العداء	٠,٠٨	غير دالة
٢	الاعتمادية	١,١٤	غير دالة
٣	التقدير السلبي للذات	٠,٦٨	غير دالة
٤	عدم الكفاية	٣,٨٢	لها دلالة عند ٠,٠١
٥	عدم التجاوب الانفعالي	٠,١٦	غير دالة
٦	عدم الثبات الانفعالي	٠,٤١	غير دالة
٧	النظرة للحياة	١,٧٤	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (٤-جـ) عدم وجود دلالة إحصائية فى ست مقاييس فرعية لإستبانة تقدير الشخصية بإستثناء المقياس الفرعى (عدم الكفاية) حيث بلغت الدلالة ٠,٠١ وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test وأنها إلى جانب العينة التجريبية (متزوجين - مطلقون).

جدول رقم (٤-د)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بإختبار الصلابة النفسية على متغير المستوى الإجتماعى

م	المقاييس الفرعية لاختبار الصلابة النفسية	قيمة ف	دلالة ف
١	الالتزام	٠,٨٨	غير دالة
٢	التحكم	٠,٣١	غير دالة
٣	التحدي	٠,٦٩	غير دالة
٤	الدرجة الكلية	٣,٩٥	دالة عند ٠,٠١

ويتضح من الجدول رقم (٤-د) عدم وجود فروق ذات دلالة فيما يتعلق بإختبار الصلابة النفسية خاصة المقاييس الفرعية سواء من حيث الدرجة الكلية وجد فروق ذات دلالة إحصائية عند ٠,٠١، وبالكشف بإستخدام الـ t. Test وجد أنها لصالح العينة غير التجريبية (متزوجون - مطلقون - أرامل).

نتائج الفرض الرابع :

وينص على : «توجد فروق دالة إحصائياً بين المستوى التعليمى (بدون تعليم - تعليم أساسى (إبتدائى - إعدادى)، تعليم ثانوى، تعليم فوق المتوسط، تعليم جامعى) وبين درجات المقاييس المستخدمة فى الدراسة».

أ - قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية

جدول رقم (٥-أ)

يوضح دلالة الفروق بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بإختبار الصلابة قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية على متغير المستوى التعليمي

م	المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	قيمة ف	دلالة ف
١	السمع والابصار	٠,٩٦	غير دالة
٢	الجهاز التنفسي	١,٩٤	غير دالة
٣	القلب والأوعية الدموية	٠,٩٧	غير دالة
٤	الجهاز الهضمي	٠,٢٥	غير دالة
٥	الهيكل العظمي	٢,٣٠	غير دالة
٦	الجلد	٠,٧٦	غير دالة
٧	الجهاز العصبي	٠,٨٠	غير دالة
٨	الجهاز البولي والتناسلي	١,٣٠	غير دالة
٩	التعب	٣,٠٣	دالة عند ٠,٠١
١٠	تكرار المرض	٠,٦٤	غير دالة
١١	أمراض متنوعة	٠,٨٥	غير دالة
١٢	العادات	٠,٤٥	غير دالة
١٣	عدم الكفاية	٣,٧١	دالة عند ٠,٠١
١٤	الاكتئاب	١,٨٢	غير دالة
١٥	القلق	٠,٢٥	غير دالة
١٦	الحساسية	٠,٥٤	غير دالة
١٧	الغضب	٠,٥٩	غير دالة
١٨	التوتر	١,٠١	غير دالة
١٩	الدرجة الكلية	٢,١٥	غير دالة

ويتضح من الجدول (٥-أ) وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياسين فرعيين فقط هما : التعب، وعدم الكفاية بإستثناء ذلك لا توجد أى فروق ذات دلالة إحصائية فى المقاييس الفرعية الأخرى وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test والدلالة إلى جانب فئة التعليم الجامعى فى العينة التجريبية.

ب - إختبار الضغوط

جدول رقم (٥-ب)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بإختبار الضغوط على متغير المستوى التعليمى

م	المقاييس الفرعية لاختبار الضغوط	قيمة ف	دلالة ف
١	الضغوط الأسرية	١,٢٢	غير دالة
٢	ضغوط الدراسة	٠,٦٢	غير دالة
٣	ضغوط العمل	٤,٩٦	دالة عند ٠,٠٠١
٤	ضغوط الجنس الآخر	٠,٦٨	غير دالة
٥	الضغوط المالية	٠,٣٢	غير دالة
٦	ضغوط الأصدقاء	١,٢٩	غير دالة
٧	ضغوط مخالفة القانون	٠,٨٤	غير دالة
٨	الضغوط النفسية	٠,٩٦	غير دالة
٩	الدرجة الكلية للضغوط	٢,٧٩	دالة عند ٠,٠٥

ويتضح من الجدول رقم (٥-ب) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند ضغوط العمل والدرجة الكلية للمقياس بإستثناء ذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى العينة التجريبية وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test. وجد أن الدلالة إلى جانب فئة التعليم الجامعى.

جـ – إستبانة تقدير الشخصية

جدول رقم (٥-جـ)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات فيما يتعلق بدرجات إستبانة تقدير الشخصية فيما يتعلق بالمستوى التعليمى

م	المقاييس الفرعية لاستبانة تقدير الشخصية	قيمة ف	دلالة ف
١	العدوان / العداء	٠,٤٨	غير دالة
٢	الاعتمادية	٠,٢٥	غير دالة
٣	التقدير السلبي للذات	٠,٤	غير دالة
٤	عدم الكفاية	٠,١١	غير دالة
٥	عدم التجاوب الانفعالي	١,٢٥	غير دالة
٦	عدم الثبات الانفعالي	٠,٩٠	غير دالة
٧	النظرة للحياة	٣,٢٦	دالة عند ٠,٠١

ويتضح من الجدول رقم (٥-جـ) وجود دلالة إحصائية فقط فيما يتعلق بالنظرة السلبية للحياة، بإستثاء ذلك لا توجد أى دلالة إحصائية فى المقاييس الفرعية الأخرى لإختبار الضغوط للمقياس وبواسطة معادلة الـ t. Test والدلالة إلى جانب فئة التعليم الجامعى فى العينة التجريبية.

د – إختبار الصلابة النفسية

جدول رقم (٥-د)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات فيما يتعلق بدرجات إختبار الصلابة النفسية فيما يتعلق بالمستوى الإجتماعى

م	المقاييس الفرعية لاختبار الصلابة النفسية	قيمة ف	دلالة ف
١	الالتزام	٢,٨٥	دالة عند ٠,٠٥
٢	التحكم	٠,٦٥	غير دالة
٣	التحدي	٠,٣٩	غير دالة
٤	الدرجة الكلية	١,١٤	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (٥-د) وجود فروق ذات دلالة فيما يتعلق ببعد الإلتزام وبإستثناء ذلك لا توجد أى دلالة إحصائية وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test والدلالة إلة جانب فئة التعليم الأساسى فى العينة الضابطة.

نتائج الفرض الخامس :

وينص على : «توجد فروق دالة إحصائياً بين المستوى المهنى (مهن كتابية – مهن إدارية وشبه مهنية – مهن مهنية – بدون عمل) وبين درجات المتغيرات النفسية الآتية :

أ - قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية

جدول رقم (٦-أ)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات الأربع فى قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية فيما يتعلق بالمستوى المهنى

م	المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	قيمة ف	دلالة ف
١	السمع والابصار	٠,٧٧	غير دالة
٢	الجهاز التنفسي	٠,٦٩	غير دالة
٣	القلب والأوعية الدموية	٢,٤٨	غير دالة
٤	الجهاز الهضمي	٤,٢٢	دالة عند ٠,٠١
٥	الهيكل العظمي	٠,٦٨	غير دالة
٦	الجلد	٢,٢٩	غير دالة
٧	الجهاز العصبي	١,٧٥	غير دالة
٨	الجهاز البولي والتناسلي	١,٥١	غير دالة
٩	التعب	٠,١٢	غير دالة
١٠	تكرار المرض	٢,١٣	غير دالة
١١	أمراض متنوعة	١,٦٩	غير دالة
١٢	العادات	١,٠٩	غير دالة
١٣	عدم الكفاية	٠,٧٤	غير دالة
١٤	الاكتئاب	٠,٦٦	غير دالة
١٥	القلق	١,٠٤	غير دالة
١٦	الحساسية	٠,٢٤	غير دالة
١٧	الغضب	٠,٨٨	غير دالة
١٨	التوتر	٠,٦٤	غير دالة
١٩	الدرجة الكلية	٠,٦٠	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (٦-أ) وجود فروق ذات دلالة فيما يتعلق بالجهاز العصبى، بإستثناء ذلك لا توجد أى فروق فردية لا فى المقاييس الفرعية الأخرى ولا فى الدرجة الكلية. وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test. حيث وجدت الدلالة إلى جانب العينة التجريبية (الذكور - الإناث) المصابين بمرض السكر اللذين يعملون فى مهن إدارية وفئة بدون عمل.

ب - إختبار الضغوط

جدول رقم (٦-ب)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات على إختبار الضغوط فيما يتعلق بالمستوى المهنى

م	المقاييس الفرعية لاختبار الضغوط	قيمة ف	دلالة ف
١	الضغوط الأسرية	١,٧٩	غير دالة
٢	ضغوط الدراسة	١,٦٤	غير دالة
٣	ضغوط العمل	٠,٧٧	غير دالة
٤	ضغوط الجنس الآخر	١,٤٣	غير دالة
٥	الضغوط المالية	١,٤٥	غير دالة
٦	ضغوط الأصدقاء	٠,٣٩	غير دالة
٧	ضغوط مخالفة القانون	٤,٨٥	دالة عند ٠,٠٠١
٨	الضغوط النفسية	٠,٣٨	غير دالة
٩	الدرجة الكلية للضغوط	٤,٨٦	دالة عند ٠,٠٠١

ويتضح من الجدول رقم (٦-ب) وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى متغيرى : ضغوط مخالفة القانون، والدرجة الكلية للضغوط وعند دلالة إحصائية ٠,٠٠١، فيما عدا ذلك

لا توجد أى فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بالمقاييس الفرعية الأخرى للإختبار، وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test حيث كانت النتائج إلى جانب العينة التجريبية (ذكور - إناث) والمصابين بمرض بالسكر اللذين يعملون فى مهن إدارية وفئة بدون عمل.

جـ - إستبانة تقدير الشخصية

جدول رقم (٦-جـ)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات على إستبانة تقدير الشخصية فيما يتعلق بالمستوى المهنى

م	المقاييس الفرعية لاستبانة تقدير الشخصية	قيمة ف	دلالة ف
١	العدوان / العداء	٠,٤٣	غير دالة
٢	الاعتمادية	٣,٠٩	دالة عند ٠,٠٥
٣	التقدير السلبي للذات	٠,٤٦	غير دالة
٤	عدم الكفاية	٠,١٣	غير دالة
٥	عدم التجاوب الانفعالي	٠,٠٤٠	غير دالة
٦	عدم الثبات الانفعالي	١,٤٢	غير دالة
٧	النظرة للحياة	٥,٢٥	دالة عند ٠,٠٠١

ويتضح من الجدول رقم (٦-جـ) وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى مقياس الإعتمادية، والنظرة السلبية للحياة، فيما عدا ذلك لا توجد أى فروق ذات دلالة إحصائية فى المقاييس الأخرى وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test والدلالة إلى جانب العينة التجريبية (مرضى السكر) واللذين يعملون فى مهن إدارية وفئة بدون.

د - إختبار الصلابة النفسية

جدول رقم (٦-د)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات على إختبار الضغوط فيما يتعلق بالمستوى المهنى

م	المقاييس الفرعية لاختبار الصلابة النفسية	قيمة ف	دلالة ف
١	الالتزام	١,٣٠	غير دالة
٢	التحكم	٠,٢٠	غير دالة
٣	التحدي	٣,٤٨	دالة عند ٠,٠٥
٤	الدرجة الكلية	٠,٨١	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (٦-د) وجود فروق ذات دلالة فيما يتعلق بالمقاييس الفرعية لإختبار الصلابة النفسية وكذا الدرجة الكلية بإستثناء مقياسى التحدى والإلتزام ومن خلال الـ t. Test. وجد أنه دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ إلى جانب العينة غير المصابة بالسكر ولدى فئة عمل مهنية.

نتائج الفرض السادس :

نتوقع وجود مكونات عاملية قد يكشف عنها التحليل العاملى بين المرضى (ذكو - إناث) على متغيرات الدراسة الأربعة (قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية - إختبار الضغوط - إستبانة تقدير الشخصية - إختبار الصلابة النفسية).

التحليل العاملى : بين المرضى (ذكور - إناث)*

جدول رقم (٧) يوضح العوامل المستخلصة من التحليل العاملى بعد التدوير المتعامد حيث تم إستخراج (١٠ عوامل) إستوعبت (٥٦,٨٨٨٪) من التباين الكلى وقد إرتضى الباحثان إختيار التشبعات الدالة لكل عامل عند ٠,٣ فأكثر طبقا لمحك كيزر Kisar وما هو أقل من ٠,٣ تم إستبعاده.

العامل الأول : القلق من تكرار المرض وعدم كفاءة أجهزة الجسم، وقد ضم هذا العامل (١٢) متغيراً ومقياساً فرعياً إستوعب (٩,٤٦٣٪) من التباين الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٣٥	الجهاز العضبي	٠,٦٦٣
٢٢	الجهاز الهضمي	٠,٦٢٦
٢١	القلب والأوعية الدموية	٠,٥٥٦
٣٠	العادات	٠,٥١٣
٢٠	الجهاز التنفسي	٠,٥١١
٢٩	أمراض متنوعة	٠,٤٧٧
٢٦	الجهاز البولي والتناسلي	٠,٤٦٠
٢٨	تكرار المرض	٠,٤٥٤
١٩	السمع والابصار	٠,٤٢٣
٣٣	القلق	٠,٠٧
٣١	عدم الكفاية	٠,٣٢٥
٢٣	الهيكل العظمي	٠,٣١٧

(*) إكتفينا فقط بإيراد التحليل العاملى لعينة المرضى من الذكور والإناث فى هذه الدراسة.

العامل الثاني : عامل قطبي : الغضب والإكتئاب والضغوط مقابل الإعتمادية، وقد ضم هذا العامل (٩) متغيرات أو مقاييس فرعية إستوعبت (٦,٣٦٣٪) من التباين الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
١٤	الضغوط المالية	٠,٤٧٤
١٣	ضغوط الأصدقاء	٠,٤٦٦
١١	الضغوط النفسية	٠,٤٥٨
٣٦	التوتر	٠,٤٣٣
٣٥	الغضب	٠,٤٢٩
١٢	ضغوط مخالفة القانون	٠,٤١٩
١٧	الضغوط الدراسية	٠,٣٤٨
٩	الاعتمادية	٠,٣٣٠
٣٢	الاكتئاب	٠,٣٠١

العامل الثالث : الإلتزام والتحكم والتحدى لمواجهة عدم الثبات والتجاوب الإنفعالى، وقد ضم هذا العامل (٧) متغيرات أو مقاييس فرعية إستوعبت (٦,١٩٢٪) من التباين الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٣	الالتزام	٠,٦٢١
٤	النظرة السلبية للحياة	٠,٥٩٦
٥	عدم الثبات الانفعالي	٠,٥٣٤
٧	عدم الكفاية	٠,٤٧٩
٦	عدم التجاوب الانفعالي	٠,٣٨٨
٢	التحكم	٠,٣٤٤

العامل الرابع : التقدير السلبى للذات مع العدوانية والإعتمادية، وقد ضم هذا العامل (٤) متغيرات أو مقاييس فرعية إستوعبت (٤,٩٦٥٪) من التباين الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
١٤	الضغوط المالية	٠,٣٦٧
٥	التقدير السلبي للذات	٠,٦٧٩
٩	الاعتمادية	٠,٦٤١
١٠	العدوان والعداء	٠,٥٦٢

العامل الخامس : عامل قطبى : الغضب والإكتئاب مقابل ضغوط الجنس الآخر، وضغوط العمل وقد ضم هذا العامل (٥) متغيرات أو مقاييس فرعية إستوعبت (٤,٢٢٨٪) من التباين الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
١٥	ضغوط الجنس الآخر	٠,٣٤٨
١٦	ضغوط العمل	٠,٣٢٧
٢٠	الجهاز التنفسي	٠,٣١٩
٣٢	الاكتئاب	٠,٣٢١
٣٥	الغضب	٠,٣١٠

العامل السادس : عامل قطبي : تكرار المرض مقابل التحكم، وقد ضم هذا العامل (٥) متغيرات أو مقاييس فرعية إستوعبت (٣,٨٧١٪) من التباين الكلي.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٣٠	العادات	٠,٤٤٥
٢٩	السمع والابصار	٠,٤٣٥
٦	عدم الكفاية	٠,٣٩٧
١٨	تكرار المرض	٠,٣٤١
٢١	القلب والأوعية الدموية	٠,٣٠٥

العامل السابع : عامل قطبي تكرار المرض مقابل التحكم، وقد ضم هذا العامل (٥) متغيرات أو مقاييس فرعية إستوعبت (٣,٦١٥٪) من التباين الكلي.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٢	التحكم	٠,٤٠٥
١٩	السمع والابصار	٠,٣٦٢
٣١	عدم الكفاية	٠,٣٥٨
٢٨	تكرار المرض	٠,٣٠٢
٢٤	الجلد	٠,٣٣٢

العامل الثامن : الحساسية للضغوط الأسرية، وقد ضم هذا العامل (٣) متغيرات أو مقاييس فرعية إستوعبت (٣,٣٣٢٪) من التباين الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٢٤	الجلد	٠,٥٩٣
٣٤	الحساسية	٠,٣٥٥
١٨	ضغوط أسرية	٠,٣٤٣

العامل التاسع : عامل قطبى : التعب مقابل الضغوط النفسية، وقد ضم هذا العامل (٣) متغيرات أو مقاييس فرعية إستوعبت (٣,٣٣٢٪) من التباين الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
١١	الضغوط النفسية	٠,٣٤٧
٢٧	التعب	٠,٥١٣
٢٣	الهيكل العظمي	٠,٣٤٢

العامل العاشر : عامل قطبى الغضب مقابل الحساسية والتعب وقد ضم هذا العامل (٣) متغيرات أو مقاييئ فرعية إستوعبت (٣,٠٠٩٪) من التباين الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٣٥	الغضب	٠,٤١١
٣٤	الحساسية	٠,٣٢٣
٢٧	التعب	٠,٣٣٩

*** مناقشة وتفسير النتائج :**

أولاً : مناقشة نتائج الفرض الأول :

- تفسير نتائج العينة المرضية (المصابة بالسكر) :

أوضحت النتائج (من خلال جدول رقم ٢-أ) وجود علاقة إرتباط إيجابية بين عدم كفاءة العديد من أجهزة الجسم وبين شدة التعرض للضغوط، وما يترتب على ذلك من وجود العديد من المشاعر السلبية من قبيل : عدم الثبات الإنفعالى، العدوانية، الإعتمادية، الإحساس بعدم الكفاءة، وأخيراً النظرة السلبية للحياة فى حين وجدنا علاقة إيجابية بين التوتر (فى قائمة كورنل) وبين مقياس التحدى (فقط) فى إختبار الصلابة النفسية أى أن مرضى السكر يرتبط لدهم أبعاد المقاييس الفرعية التى تقيس الجوانب السلبية فى حين لم نجد علاقات بين هذه السمات والخصائص وبين إختبار الصلابة النفسية. وهذا يؤدى إلى إبراز العديد من الحقائق :

١ - وجود علاقة إرتباط إيجابى دال بين عدم كفاءة أجهزة الجسم المختلفة (من قائمة كورنل) وبين الضغوط والجوانب السلبية الناتجة عن تقدير الشخص لذاته.

٢ - وجود علاقة إرتباط إيجابى دال بين إضطراب النواحى المزاجية (فى قائمة كورنل) وبين الضغوط والجوانب السلبية الناتجة عن تقدير الشخص لذاته.

٣ - عدم وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين قائمة كورنل والضغوط والتقدير السلبية للشخصية وبين إختبار الصلابة

النفسية (بإستثناء إرتباط إيجابى واحد فقط بين التوتر (فى قائمة كورنل) والتحدى فى إختبار الصلابة النفسية.

ولذا فإن مثل هذه النتائج تدعم ما تم التوصل إليه من خلال نتائج العديد من الدراسات السابقة والتى وجدت على سبيل المثال علاقة إيجابية بين ضغوط أحداث الحياة وبين الإصابة بالإضطرابات السيكوسوماتية، وأن الأحداث الشاقة تمثل مؤشراً شديد الإرتباط بالتعرض للإصابة بالإضطرابات النفسجسمية حيث تكررت هذه النتيجة فى عديد من الدراسات سواء التى أجريت على أفراد عاديين أو على مرضى حقيقيين أنظر فى هذا الصدد : (هبة أبو النيل، أيمن عامر، ٢٠٠٦، إيناس عبد الفتاح، محمد نجيب ٢٠٠٢، محمد صديق ١٩٩٨، مجدى زينة ٢٠٠٢، Molner,1992 (Gavin et.al Pokin ,2001). وغيرها من الدراسات ذلك أن تراكم الضغوط وعدم القدرة على المواجهة الصحية لها يؤدى إلى (تلف العديد من أجهزة الجسم، ويعطى إنطباعا سلبيا للفرد إتجاه ذاته (أنظر دراسة Daviso & Neale, 2001) كما أن العديد من الدراسات قد اشارت إلى أن مرضى السكر يفتقدون إلى الصلابة النفسية، وأن الصلابة النفسية (من قبيل الإلتزام والتحكم والتحدى من نشأتها أن تساعد الفرد على مقاومة التعرض للإصابة بالأمراض النفسجسمية، وأن سمات مرضى السكر قد أثبتت تميزهم بالعديد من السمات من قبيل : الإعتمادية،

عدم الإستقلال، الإفتقاد إلى إستراتيجية واضحة تستخدم فى الحياة. (أنظر فى هذا الصدد دراسات Santrock, 2000, Kobasa, ١٩٧٩, ١٩٨٢ وغيرها من الدراسات التى تم عرضها سابقا).

ب - تفسير نتائج العينة غير المصابة بالسكر :

بالنظر إلى الجدول رقم (٢-ب) أوضحت العديد من النتائج الآتية : -

١ - وجودج علاقة إرتباطية موجبة بين بعض المقاييس الفرعية لقائمة كورنل وبين الضغوط والتقدير السلبى للشخصية.

٢ - وجود علاقة سلبية بين قائمة كورنل وبين إختبار الصلابة النفسية بمعنى أنه كلما زادت معدلات الصلابة النفسية (من قبيل الإلتزام والتحكم والتحدى) كلما قل تعرض الفرد لتلف العديد من أجهزة الجسم وقلة إدراكه بتعرضه للضغوط.

٣ - وجود علاقة إيجابية بين قائمة كورنل وبين إستبيان مقياس تقدير الشخصية من قبيل : العدوان، الإعتمادية، عدم الثبات الإنفعالى، ووجود نظرة سالبة للحياة.

ويعكس ما سبق نتائج العديد من الدراسات السابقة التى أوضحت حقيقة أن السواء خرافة لا وجود له على أرض الواقع، وأن الأفراد (حتى وإن كانوا غير مرضى) فإن تفاعل الضغوط مع قائمة كورنل يؤدى إلى (تلف عضوى)

من أجهزة الجسم، وأن هذا التراكم بدوره قد يخلق حالة من المعاناة النفسية من قبيل القلق والتوتر وعدم الكفاية والنظرة السلبية للحياة، وعدم الثبات الإنفعالى، إلا أن التمسك بالصلابة النفسية تظل) الحد الفاصل، بين النتائج التى تم إستخلاصها من عينة مرضى السكر والعينة غير المصابة بالسكر : أنظر فى هذا الصدد من الدراسات السابقة (هبة أبو النيل، أيمن عامر ٢٠٠٦، إيناس عبد الفتاح، محمد نجيب ٢٠٠٢، مجدة زينة ١٩٩٤، ٢٠٠٢؛ محمد صديق، ١٩٩٨؛ عماد مخيمر، ١٩٩٦، ١٩٩٧؛ وكوبازا Kobasa، ١٩٧٩، ١٩٨٢، وغيرها من الدراسات.

مناقشة نتائج الفرض الثانى :

ومناقشة هذا الغرض علاقة النوع (ذكور - إناث) بمقاييس الدراسة (أنظر الجدول ٣-أ، ب، جـ، د) نجد الآتى:

١ - وجود علاقة ذات دلالة إحصائية (ثم الكشف عنها من خلال قيمة ف، ثم الـ t. Test) بين قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية وجدت الدلالة إلى جانب العينة التجريبية أى المريضة بالسكر أو عند نسب إحصائية دالة تراوحت بين ١,٠٠١، ٠,٠٠٠١، ٠,٠، فى القائمة بشقيها سواء الأعراض البدنية (وتشمل ١٣ عرض تتناول الأمراض التى تصيب أجهزة الجسم المختلفة مثل : السمع والإبصار، والجهاز التنفسى، القلب، والأوعية الدموية، والجهاز العصبى، والهيكل العظمى، والجلد، والجهازالبولى

والتناسلى، والأمراض المختلفة.

أو سواء تلك المتعلقة بالأعراض المزاجية من قبيل عدم الكفاية، الإكتئاب، القلق، الحساسية، الغضب، التوتر.

وهذا يؤكد ما سبق أن أشرنا إليه من وجود سمات شخصية تميز مرضى السكر ومن حيث أنهم يتميزون بالعديد من السمات الشخهصية من قبيل : القلق والغضب والصرا ع، والعداء، وعدم التأنى، والعجز عن إتخاذ القرار، وعدم الرغبة فى تحمل المسئولية وغيرها من الصفات التى تجعل هؤلاء الأفراد بنفس هذه السمات (مستهدفين) للوقوع فى إضطراب أو أكثر من الإضطرابات السيكوسوماتية وهو ما يتحقق فعلا لدى مرضى السكر سواء من الذكور أو النفسجسمية. (أنظر فى هذا الصدد : محمود أبو النيل، ١٩٩٤؛ جبالى نو الدين، ١٩٨٩، & Rosenman ,Banks & Gnnon ,1993 ,Miller ,1982 ,Chesney 1988) وغيرها من الدراسات.

٢ - فيما يتعلق بوجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بإختبار ضغوط الحياة فقد كانت جميع النتائج دالة عند ٠,٠٠٠١، وإلى جانب العينة المصابة بالسكر (من الذكور والإناث) وهذا يؤكد ما سبق أن ذكرناه من حيث أن العينة التجريبية تتصف بالآتى :

أ - الإدراك المبالغ فيه للضغوط.

ب - عدم القدرة على حسم الضغوط التى يواجهها

الفرد وإتخاذ قرار فيها.

جـ - أن عدم الحسم يقود إلى الصراع الناتج من عدم القدرة على التوصل إلى حلول لهذه الضغوط.

د - إن إستمرار التعرض للضغوط ينهك قوى الفرد وقد ينعكس فى النهاية بإصابة الفرد بالعديد من الأعراض أو الإضطرابات السيكوسوماتية.

وتتفق هذه النتيجة مع ما سبق أن ذكرناه من أن تعرض الأفراد لمرض أو إيواء للضغوط وعدم حسمها أو إتخاذ قرار فيها يقود إلى العديد من الأمراض السيكوسوماتية. (أنظر فى هذا الصدد : هبة أبو النيل، أيمن عامر، ٢٠٠٦، إيناس عبد الفتاح، محمد نجيب، ٢٠٠٢، محمود أبو النيل ٢٠٠١، وغيرها من الدراسات.

٣ - فيما يتعلق بالفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على إستبيان تقدير الشخصية وجدت فروق ذات دلالة إحصائية. إنحصرت فى ٠,٠٠٠١، ولصالح العينة التجريبية من الذكور والإناث. وهى نتيجة تتفق مع العديد من الدراسات السابقة والتى أشارت إلى إستمرار الضغوط يقود إلى العغديد من الأعراض السيكوسوماتية والتى بدورها تؤدى إلى نشأة الهديد من السمات النفسية من قبيل : الغضب، القلق، التوتر، الإحساس بعدم الكفاية، عدم الثبات الإنفعالى، العدوانية، الإعتمادية، النظرة السلبية للحياة. ولذا فإن مثل هؤلاء الأشخاص تتمثل أهم سمات

شخصياتهم فى الحاجة الشديدة للحنان والحب والمساندة وعدم القدرة على إعطاء الحب للآخرين وكبت شديد لكل الإنفعالات خاصة الحزن والغضب. (أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٣٦٢)

وتتفق هـذه النتيجة مع ما سبق من نتائج بعض الدراسات السابقة مثل : -

(awson, et al, 1984, Robenson, 1985, Harries· 1989, WHO, 2002)

وغيرها من الدراسات.

٤ - وفيما يتعلق بوجود فروق بين العينة المصابة بالسكر والعينة الغير مصابة بالسكر على إختبار الصلابة النفسية كانت الفروق إلى جانب العينة غير المصابة بالسكر. وهذا يتفق مع نتائج العديد من الدراسات والتى أشارت إلى إفتقاد العينة المصابة بالسكر إلى مفردات الصلابة النفسية من قبيل : الإلتزام، التحكم، التحدى، عكس المجموعة السوية (بالمفهوم الإحصائى الإفتراضى) والتى تحاول الإلتزام والتحكم والتحدى وعدم الإستسلام لمفردات وضغوط الواقع.

وتتفق هذه النتيجة مع دراست : عماد مخيمر، ١٩٩٦، ١٩٩٧، Kobasa، ١٩٧٩، ١٩٨٢ وغيرها من الدراسات.

مناقشة نتائج الفرض الثالث :

تعكس نتائج هـذا الـفرض العلاقة بـين المستوى الإجتماعى وبين متغيرات الدراسة (أنظر جداول ٤-أ، ب،

جـ، د) حيث نجد الآتى :

١ – فيما يتعلق بالفروق فى قائمة كورنل لم نجد فروقا ذات دلالة إحصائية بين المقاييس الفرعية لقائمة كورنل وبين المجموعتين التجريبية والضابطة بإستثناء مقياسى : أمراض متنوعة، والحساسية وأن النتيجة كانت إلى جانب العينة التجريبية (مرض السكر من الذكور والإناث). ومقياس الأمراض المتنوعة تقيس عباراته أمراض متعددة مثل الحمى القرمزية أو الحمى الروماتيزمية أو الأنيميا الخبيثة أو الإصابة بمرض السكر أو إلتهاب الغدة الدرقية أو أورام سرطانية أو إجراء جراحات خطيرة أو وجود حوادث أو إصابات مختلفة (محود أبو النيل، ٢٠٠١)

وهذا يتفق فى قدرة هذه القائمة على ذكر أعراض مرض السكر وهى مجموعة الأعراض الدالة لدى مريض السكر والتى كانت إلى جانب فئتى المطلقين والمطلقات، والمتزوجون والمتزوجات.

وفى حين أن المقياس الثانى «تقيس عباراته نواحى خاصة بمدى شفافية إحساسات الفرد وسهولة إيذائه فى مشاعره وسرعة تأثره بالغضب، وعدم قدرة الفرد على مواجهة المواقف الشائكة أو المعقدة وعجزه عن التوافق مع الآخرين» (محمود أبو النيل ٢٠٠١)

وما سبق يمثل فعلا سمات شخصية تميز الأفراد (المستهدفين للوقوع فى مرض السكر أو اللذين وقعوا بالفعل

فى براثن المرض أو غيرها من الأمراض) مقارنة بالأفراد الأسوياء.

وفيما يتعلق بإختبار ضغوط الحياةلم نجد أى دلالة فيما يتعلق بالفروق بين الجانب الإجتماعى والمقاييس الفرعية لإختبار الضغوط.

وفيما يتعلق بإختبار تقدير الشخصية لم نجد أى فروق ذات دلالة إحصائية بإستثناء (مقياس عدم الكفاية)، وأيضا لم نجد أى فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى الإجتماعى وإختبار الصلابة النفسية بإستثناء الدرجة الكلية ولصالح العينة غير التجريبية (متزوجون - مطلقون - أرامل).

وما سبق يتفق مع نتائج العديد من الدراسات التى تناولت الإضطرابات السيكوسوماتية وأن (المتزوجين والمتزوجات) أقل تعرض بالإضطرابات النفسجسمية على أساس أن الزواج يمد الفرد بنوع من الدعم والمساندة الإجتماعية التى تجعله قادراً على مواجهة ضغوط ومشاقة الحياة. وأن مرضى السكر بما يتميزون بإستعدادات وسمات قد جعلتهم يقعون فى فط (الإصابة بالإضطراب جراء ما يمتلكونه من سمات شخصية).

أنظر فى هذا الصدد دراسات :

Gavin et al, 2003, Rogers, 2001, et al, 2002

وغيرها من الدراسات

مناقشة الفرض الرابع :

نتعرض فى الفرض الرابع إلى وجود أو عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمى وبين درجات المقاييس المستخدمة فى الدراسة. (أنظر جداول (٥،أ ب، جـ، د) حيث توصلنا إلى النتائج الآتية :

أ - فيما يتعلق بقائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية لم نجد أى فروق ذات دلالة إحصائية بين المقاييس الفرعية المختلفة للقائمة بإستثناء إختيار فرعيين هما : التعب، وعدم الكفاية، إلى جانب فئة التعليم الجامعى فى العينة المصابة بالسكر.

ب - فيما يتعلق بإختبار الضغوط توصلنا إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند ضغوط العمل، والدرجة الكلية للضغوط إلى جانب فئة التعليم الجامعى.

جـ - فيما يتعلق بإستثناء الشخصية نجد فروق ذات دلالة إحصائية عند متغير : النظرة السلبية للحياة إلى جانب فئة التعليم الجامعى.

د - فيما يتعلق بإختبار الصلابة النفسية نجد فروق ذات دلالة إحصائية فقط عند (بعد الإلتزام) لدى فئة التعليم الأساسى فى العينة الضابطة أى غير المصابة بالسكر.

ما معنى كل ما سبق من نتائج ؟

معناه أن المستوى التعليمى (خاصة التعليم الجامعى فى العينة التجريبية المرضية) يؤثر على بعض الأعراض

الجسمية وبعض الأعـراض المزاجية فى قائمة كورنل. فمقياس (التعب) يعنى وفقا لمعد هذه القائمة : يقيس نواحى الإجهاد الكامن أو الشعور بالتعب أو الإرهاق لأقل مجهود يبذله الفرد، بالإضافة إلى الإجهاد العصبى الشديد وكل أعراض هذا الإضطراب نفسية بدنية ليس لها أساس أو سبب عضوى حقيقى (محمود أبو النيل، ٢٠٠١)

فى حين أن مقياس عدم الكفاية تقيس عباراته نواحى خاصة بالحالة الإنفعالية للفرد وما يصاحبها من تغيرات جسمية كالإغماء وحالات الخوف التى تتناب الفرد عندما يكون مع أشخاص غرباء فالعبارات تعكس عدم كفاية الشخص فى مواقف الحياة. (محمود أبو النيل، ٢٠٠١)

فهل التعليم الجامعى يؤثر على التعب وعدم الكفاية فيما يتعلق بهذه الفئة المصابة بالسكر؟

فى حين أن الدرجة الكلية للضغوط وضغوط العمل والنظرة السلبية للحياة تعد من الملامح الأساسية لمريض السكر وقد سبقت الإشارة إلى ذلك ومن خلال نتائج العديد من البحوث التى تناولت مرض السكر (أنظر : سلوى محمد محمود، ٢٠٠٤، جبالى نور الدين ١٩٩٨، وغيرها من الدراسات. فى حين أن الإلتزام (هذا البعد فقط من جوانب إختبار الصلابة النفسية) نجده ذو دلالة إحصائية لدى عينة التعليم الأساسى (الإبتدائى - الإعدادى (أى الأقل تعليما من التعليم الجامعى).

فهل إرتفاع مستوى التعليم يجعل الفرد أقل إلتزاما مقارنة بالذين يتوقف مستواهم عند مستوى نهاية التعليم الأساسى؟

واقع الأمر أنه نظريا ومن المفترض أن التعليم يؤثر فى الفرد تأثيرا إيجابيا ويجعله أكثر إلتزاما وأكثر إستبصارا بأمراضه وأن عدم الإلتزام بالنظام الغذائى والدوائى، (على الأقل فى مرض السكر من النوع الثانى) يقود إلى أضرار بالغة بأجهزة الفرد جد الحيوية بيد أن النتيجة التى تم التوصل إليها تنفى هذا التوقع. وهذا فى رأينا يحتاج إلى مزيد من الدراسات لإثبات أو نفى هذا الإستنتاج.

مناقشة نتائج الفرض الخامس :

فى هذا الفرد تناقش الفروق الدالة إحصائيا بين المستوى المهنى ودرجات الإختبارات المستخدمة فى هذه الدراسة حيث وجد الآتى (أنظر جدول : ٦-أ، ب، ج، د).

١ - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى المقاييس الفرعية لقائمة كورنل بإستثناء مقياس (الجهاز العصبى) وتأثره سلبيا وكانت الدلالة إلى جانب العينة التجريبية حيث تقيس عباراته (وفقا لمعد الإختبار) نواحى خاصة بحدوث صداع بالرأس والإغماء والشعور بالتخدير فى أى جزء من أجزاء الجسم والشلل والإرتعاش فى الوجه والأكتاف والرأس وأعراض التشنج أو الصراع بين أفراد الأسرة. (محمود أبو النيل، ٢٠٠١). والواقع أن هذه النتيجة قد

أكدتها العديد من الدراسات التى تناولت (مضاعفات مرض السكر) حيث أنه يؤثر على جميع أجزاء الجسم وخاصة الجهاز العصبى لدرجة أن مقولة (الإصابة بالسكر تعد فاتحة والأساس لكل الأمـراض) حقيقة لا خلاف عليها أنظر فى هذا الصدد : أحمد محمد عوف ٢٠٠٠، WHO, 2002، سلوى محمد محمود ٢٠٠٤، أيمن الحسينى ١٩٩٦ وغيرها من الدراسات.

٢ – فيما يتعلق بإختبار الضغوط وجد فروق ذات دلالة إحصائية فقط على (ضغوط مخالفة القانون)، و (الدرجة الكلية للضغوط) والفروق إلى جانب العينة المريضة أى المصابة بالسكر. وهى حقيقة قد أكدتها العديد من الدراسات (حتى التى تناولت فئات غير مريضة) حيث أوضحت أن تأثير الضغوط السيكوسوماتية. وأن صفة (مخالفة القانون) لدى مرضى السكر (خاصة قوانين الإلتزام بضرورة إتباع النظام الغذائى والدوائى له دور كبير فى مضاعفات مرض السكر، ناهيك عن أن سمة عدم الإلتزام تعد من السمات الأساسية المميزة لغالبية مرضى السكر. أنظر فى هذا الصدد دراسات : جبالى نور الدين ١٩٨٩، Mcnamara, 2000, Lustman. Et. Al, 2000.

٣ – وفيما يتعلق بالروق بين العينة التجريبية والعينة السوية على درجات إستبانة تقدير الشخصية وجد فروقا ذات دلالة إحصائية فى بعدى : الإعتمادية والنظرة السلبية

للحياة. وهما أمران متوقعان ويؤيدان فى نفس الوقت – العديدمن نتائج الدراسات التى تناولت السمات المميزة لمرض السكر من حيث الإعتمادية، وعدم القدرة على الإستقلال، أو إتخاذ القرار، والإعتماد على الآخرين (إلى درجة العدوان) وغيرها من السمات إضافة إلى نظرة سلبية للحياة وربما الوقوع فى هوة الإكتئاب وهذه السمة تعد من السمات الأساسية لمرضى السكر) حيث أن مرض السكر من الأمراض المزمنة التى ليس لها علاج شاف حتى الآن شفاء حاسم، مع ضرورة الإلتزام بالنظام الغذائى والدوائى (خاصة فى مرض السكر من النوع الثانى) وطوال حياة الشخص قد يؤدى إلى إمكانية الوقوع فى (هوة الإكتئاب). وهى سمة معتادة لدى جميع الأطباء أو الأشخاص الذين يتعاملون مع مريض السكر. (أنظر فى هذا الصدد دراسات : Rosenman & Chesney, ١٩٨٢ محمود أبو النيل ،1994 Bank & Gnnon, 1988) وغيرها من الدراسات.

٤ – لم نجد أى فروق ذات دلالة إحصائية فى إختبار الصلابة النفسية بإستثناء مقياس الإلتزام والتحدى وكان الفرق إلى جانب العينة غير المريضة بالسكر. وهى نتيجة متوقعة فى ضوء أن أهم ما يميز العينة غير المريضة أنها قادرة على مواجهة الضغوط والحسم السريع لها وعدم الوقوع فى (جوانب الصراع) والتحدى لكافة مشاكل وضغوط الحياة. وهى نتيجة قد أكدتها نتائج العديد من

الدراسات السابقة والتى تناولت أفراد غير مرضى. أنظر فى هذا الصدد دراسات : عماد مخيمر ١٩٩٦، ١٩٩٧، Kobas, ١٩٨٢, ١٩٧٩، وكوبازا وزملائه، ١٩٨٢.

مناقشة نتائج الفرض السادس :

إقتصرنا فقط فى هذا الفرض على التحليل العاملى للعينة المريضة (ذكور وإناث) وقد تم التوصل إلى (١٠) عوامل إستوعبت (٥٦,٨٨٨٪) من التباين الكلى، وأن بعض هذه العوامل قطبى (أنظر الجدول رقم ٧).

ونستطيع القول بأنه أمكن الوصول إلى عامل واضح للإضطرابات السيكوسوماتية تشبعت عليه كافة متغيرات قائمة كورنل للإضطرابات النفسجشمية، وكذا إختبار الضغوط، والتقدير السبى للشخصية مع محاولة (مستميتة) للإلتزام والتحكم والتحدى، وإن كان التفاعل ما بين الضغوط والسمات السلبية للشخصية (من قبيل العدوان، الإعتمادية، عدم الثبات الإنفعالى، والنظرة السلبية للحياة) تؤثر فى مقدار الصلابة النفسية، وفشل الفرد (خاصة مريض السكر) فى الإلتزام والتحكم والتحدى وأن هذه النتيجة تصب فى تأكيد السمات الأساسية لبروفيل مرضى السكر من حيث : الإعتمادية، عدم القدرة على إتخاذ القرار، الصراع وعدم الحسم ..ز الخ هذه السمات والتى سبق وأن أشرنا إليها وأيدتها العديد من الدراسات السابقة والتى أكدت على أن عامل الضغوط يلعب الدور الحاسم فى إصابة

الفرد بالإضطرابات السيكوسوماتية مما يترتب على ذلك عديد من الآثار النفسية السلبية والتى تؤثر فى نهاية الأمر فى عدم كفاءة العديد من أجهزة الجسم يؤازر ذلك نفسية مرضية (خاصة وأن مرض السكر لا شفاء حاسم له مدى الحياة) وغيرها من الصفات. أنظر فى هذا الصدد دراسات : (سلوى محمد محمود ٢٠٠٤، محمود أبو النيل ١٩٨٤؛ مجدى زينة ٢٠٠٢، جيهان محمد رشاد ٢٠٠٠) وغيرها من الدراسات.

الخلاصة :

أن مرضى السكر يفتقدون إلى العديد من جوانب الصلابة النفسية وأنهم يتأثرون وربما أكثر من غيرهم. بالضغوط الحياتية وأن السمات التى تميزهم من قبيل التسويف وعدم الحسم تقود إلى (تشتت) الطاقة النفسية لديهم مما يعرضهم لتلف العديد من أجهزة الجسم وأن هذه الأمراض السيكوسوماتية يؤازها فى الخلفية سمات نفسية مميزة لهذه الفئة من قبيل : العدوان، الإعتمادية، عدم الثبات، حدة الإنفعال، عدم القدرة على تحمل المسئولية، النظرة السلبية للحياة، والإدراك المبالغ فيه لضغوط الحياة (ربما حتى الضغوك اليومية المعتادة) مما يمثل خلفية هامة فى فهم نفسية مريض السكر، ولذا فإن هذه الدراسة تؤكد حقيقة إجراء المزيد من الدراسات (لفض مجهلة) هذه الفئة من المرضى، إضافة إلى ضرورة تصميم العديد من البرامج

الوقائية والفئات المستهدفة للإصابة بمرض السكر خاصة مع إنتشار الوجبات السريعة المشبعة بالدهون، وقلة الحركة وعدم ممارسة أى أنواع من الرياضة، والبدانة لا تخطأ ملاحظتها حتى لدى الأطفال، مع تصميم برامج إرشادية وعلاجية للفئات التى وقعت بالفعل فى مرض السكر وإرشادهم إلى أنجح وأيسر الطرق لكيفية فهم هذا المرض (العدو) والتعامل معه بندية وعلى قدم المساواة حتى تقلل من كم الأضرار الجسمية والنفسية التى تترتب على عدم ضبط نسبة السكر فى الدم.

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

١ – أحمد عكاشة (٢٠٠٠) : **الطب النفسى المعاصر**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

٢ – أحمد محمد عوف (٢٠٠٠) : **مرض السكر – أوهام وحقائق**، سلسلة العلم والحياة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (١٣٠).

٣ – آمال عبد الحليم (١٩٩٩) : **علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضبط، دراسة مقارنة لحالات مرضى ضغط الدم المرتفع، والقرحة المعدية**، ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس.

٤ – أولتمانز، نيل، دفيسون (٢٠٠٠) : **دراسات حالة فى علم النفس المرضى**، ترجمة رزق سند، تقديم لويس مليكة، القاهرة، دار الحكيم للطباعة والنشر.

٥ – أيمن الحسينى (١٩٩٤) : **عاجل لمرضى السكر (الجديد فى علاج السكر والإجابة عن تساؤلات المرضى**، القاهرة : مكتبة القرآن.

٦ – أيمن الحسينى (١٩٩٠) : **مرض السكر (كيف تتعامل معه وتأمن غدره)**، القاهرة : مكتبة ابن سينا.

٧ – أيمن فاروق عبد العزيز (٢٠٠٠) : **طعامك يا مريض السكر**، كتاب اليوم الطبى، القاهرة : مؤسسة الأخبار، العدد (٢١٩).

٨ - إيناس عبد الفتاح، محمد محمود نجيب (٢٠٠٢): **ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية لدى طلاب الجامعة، دراسة كشفية**، القاهرة : مجلة دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين، مج ١٢، ع٣ (يوليو) ص ص ٤١٧ - ٤٥٨.

٩ - جبالى نور الدين (١٩٨٩) : **علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية، دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية وحالات السكرى**، رسالة ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس.

١٠ - جيهان أحمد حمزة (٢٠٠٢) : **دور الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية وتقدير الذات فى إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين فى سياق العمل**، ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة.

١١ - جيهان محمد رشاد (٢٠٠١) : **العلاقة بين التحكم فى مستوى السكر بالدم وبعض سمات الشخصية لدى عينة من الأطفال**، ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

١٢ - حسن فكرى (٢٠٠٠) : **علاج مرض السكر بدون دواء (٨٠ مشكلة تواجه مريض السكر، كيف يتعامل معها، وكيف يتغلب عليه)**، القاهرة : دار الطلائع للنشر والتوزيع.

١٣ – سعد جلال (١٩٨٦) : **فى الصحة العقلية – الأمراض النفسية والعقلية والإنحرافات السلوكية**، القاهرة : دار الفكر العربى.

١٤ – س. ل. ليندزاى، ج. ي. بول (٢٠٠٠) : **مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين** (ترجمة) صفوت فرج، القاهرة : الأنجلو المصرية.

١٥ – رونالد. ب. رونر (١٩٨٨) : **إستبيان تقدير الشخصية**، ترجمة وإعداد ممدوحة سلامة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

١٦ – عبد الرحمن نور الدين (١٩٨٢) : **السكر من الألف إلى الياء**، مجلة طبيبك الخاص، القاهرة : مؤسسة دار الهلال، العدد (١٦٠)، ص ص ٢٥–٢٧.

١٧ – عماد مخيمر (١٩٩٦) : **إدراك القبول / الرفض الوالدى وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة**، القاهرة : مجلة دراسات نفسية، المجلد السادس، العدد الثانى، رابطة الأخصائيين النفسيين، ص ص : ٢٧٥ – ٢٨٩.

١٨ – سلوى محمد محمود (٢٠٠٤) : **دراسة مقارنة للقدرات المعرفية لدى مرضى السكر وقرحة المعدة**، ماجستير غير منشورة، كلية الآداب جامعة أسيوط.

١٩ – محمد أحمد صديق (١٩٩٩) : الإضطرابات السيكوسوماتية لدى المودعين فى شركات توظيف الأموال، دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنيا.

٢٠ - محمد صلاح الدين (١٩٩٣) : **السكر - أسبابه - ومضاعفاته وعلاجه**، سلسلة أعرف صحتك، القاهرة : مركز الأهرام للترجمة والنشر، العدد رقم (٨).

٢١ - محمد قرنى (٢٠٠٠) : **لا تخف من مرض السكر**، الإسكندرية : مكتبة معروف.

٢٢ - محمد حسن غانم (٢٠٠٤) : **الأمراض النفسية للشخصية (دراسات كلينيكية لحالات عربية)**، الإسكندرية: المكتبة المصرية.

٢٣ - محمد حسن غانم (١٩٩٦) : **ديناميات الضغوط ومركز التحكم لدى مدمنى المخدرات - دراسة حضارية مقارنة**، رسالة دكتوراه نشرت بعد ذلك بعنوان : الإدمان (أضراره - نظرياته - تفسيره - علاجه)، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

٢٤ - محمد حسن غانم (٢٠٠٦) : **علم النفس الإكلينيكى - الجزء الأول (تقييم الشخصية)** القاهرة : جامعة حلوان.

٢٥ - محمد محمد شعلان (١٩٧٩) : **الإضطرابات النفسية فى الأطفال** - الجزء الأول، القاهرة : الجهاز المركزى للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية.

٢٦ - محمود أبو النيل (١٩٩٤) : **الأمراض السيكوسوماتية فى الصحة النفسية**، بيروت : دار النهضة العربية، الطبعة الثانية.

٢٧ - محمود السيد أبو النيل (٢٠٠١) : **مقياس كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية**، القاهرة : المؤسسة الإبراهيمية لطباعة الأوفست.

٢٨ - محمود سامى (١٩٩٧) : **وداعا للحيرة يا مريض السكر**، القاهرة : كتاب اليوم الطبى، مؤسسة الأخبار، العدد (١٨٧)، الطبعة الثانية.

٢٩ مجدى زينة (٢٠٠٠) : **علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضررين من حرب الخليج الثانية**، دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

٣٠ - مغازى محجوب (١٩٨٩) : **مرض السكر**، كتاب اليوم الطبى، القاهرة : دار أخبار اليوم، العدد (٩٠).

٣١ - هبة أبو النيل، أيمن عامر (٢٠٠٦) : **الإبداع كإستعداد وعلاقته بالمشقة والإضطرابات النفسجسمية**، القاهرة : مجلة دراسات عربية فى علم النفس، مج٥، ع٢ (أبريل)، مركز الدراسات النفسية، جامعة القاهرة ص ص ٢٦٣ - ٣١٧.

٣٢ - هبة أبو النيل (٢٠٠٢) : **الفروق فى أنماط أسلوب الحياة بين بعض فئات الإضطرابات السيكوسوماتية**، دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

٣٣ - يعقوب يوسف الكندرى (٢٠٠٣) : **الثقافة والصحة والمرض - رؤية جديدة فى الأنثروبولوجيا المعاصرة**، الكويت، مجلس النشر العلمى، جامعة الكويت.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

34-Gavin, James R; . K; David Son, Mayer. B; Defronzo. Etal (2003): **Report of the expert committee lie diagnosis and classification of diahcies mellitus in: American diabetes association:** diabetes dire, clinical practice rccomincndations, supplement, pp. 5-20

35- **American diabetes association:**

http://www.diabetes.org/diabetes-statistics/national-diabetes-fact-shcet.jsp.

36- WHO. (2002): **diabetes mellitus. I'act sheet.** N.I 38. Revised April.

37- Molnar, S (1992) :**Human variation: Races, Races. types and ethnic groups.** New Jerscy: Prentice Hell, Englewood Cliffs.

38- Kaplan, R; James, J, Thomas P. (1993): **Health and human behavior, Mc Graw-Hill, inc.** New York.

39- Arab, M. (1992) Diabetes Mellilus in Egypt. World health static. Q: 45 (4): 334-337.

40- Fatani, II; Mira, S & El-Zobicr, A. (1987): **Prevalence of 'diabetes mellitusin runal Saudi Arabia** Diabetes care, Vol (10) No (2) pp. 180-183.

41- Popkin, B (2000): **Nutrition in transition: the changing global nutrition** challenge. Asia. Pac. J. Clin. Nutr. Lo.pp. 51-53.

42- Lustman, P; Andrson, R; Freedland, K: De-Groot & Clouse. R (2000):**Depression and poor glycemic**: A Mcla-analylic review of the litcnmirc, diabetes-carc. Vol. (23) No (7) pp. 934-942.

43-Mcnamara, S.(2000); **Stress in young people what's new and what we can do** London: continuum.

44- Fairbtin K; D & Hough, R. (1979): **Life events classifications ;and the evenillness relationship**. Journal of human stressVol. (5) pp 42-47.

45- Rahe, R & Arthur R. (1978) **life change and illness. Science,** 194, pp.l013-1020.

46- Sclv. H (1956): **The stress of life** , New York: McGraw Hill.

47 -Lazarus, R. & Folkman. S (1984). **Stress appraisal and coping**. New York:Springer.

48-Banks, J. & Gannon.L (1988): **The influence of hardness on the relationship between strcssors and psychosomatic symptomatology**. American Journal of comnunity psychology. Vol. (16) No (1). Pp. 490-505.

49- Roscnman, R & Chesny, M. (1982). **Stress type a behavior and coronary disctise in: gold longer. Leo. Breginting. Shiomo** (eds). band book of stress: theoretical and clinical aspects. New york. Macmillan. P. co.inc.

50- Kobsa, S (1979): **Stressful life events, personality and heath: An inquiry into hardness**. Journal of personality and social Vol. (37). No (1) pp 1-11.

51- Kobsa, S (1982): **commitment and coping in stress resistance among lawyers**. Journal of personality and social psychology. Vol. (4)No(4) pp.707-717.

52 - Welb. D. (1991). **Hardness and stress moderation: A test of proposed mechanisms**. Journal of personality and social psychology, Vol. (60) pp. 89-99.

53- Pagana, K. (1990): **The relationship of hardness and social support to student appraisal of stress in an initial clinical nursing, situation** , Nursing eduvation, Vol. (29) pp. 255-261.

54- Low Son, S; James. S & Magni; O (1989).

Neuro psychological function diabetes patients with neuropathg? British. Journal of psychiatry. 145.

55- Robinson, S; Nicola, H & John. H (1985): **Role of life events and difficulties in die onset of diabetes mcllilus. Journal of psychosomatic research.** Vol. (2) No (5) pp. 583-591.

56 - Harris. R. (1989): **Relationship between health beliefs and psychological variables in diabetics,** British. Journal medical Vol. (37) pp. 135-138.

57 - Rajarm, S & Vinso, V. (1998) : **African American women and diabetes: Asocio cultural Context.** Journal health care poor undeserved,Vol(9) No (3) .pp.236-247.

58- Chalmers. J (1999). **Who-is hypertension guideline committee.** International society of hyperiension guideline for management of hvpertension .Joumal hupertens. Vol. (17) pp. 151-185

59-Jen Son, S (1986). **Emotional aspects in chronic disease: A study of insulin treated diabetics, international** journal of rehabitation research. Vol (9) No (1) pp. (1)63 -671.

60-Caldwell, E & Baxter M (1998): **The asso-**

ciation of non-insulin dependent diabetes. with perceived quality of life in a bethink population, American inurnal of public health, Aug, Vol (88) No (8) pp. 1225-1229.

61- Rogers, P. (2001): **A health body, A health Mind: long-term impact of diet on mood** and cognitive function, nutrition-society,. Vol (60) No(l) pp. 135-143.

62- Egle, U; Tiber, LL; Tochen N: Kappis, Hctal (2002) **long-term effects of adverse adverse childhood experiences-Aetual evidenee and needs for research,** psycliosomatische and psychothcrapie, Vol (48), No (4) pp. 411-434.

63- Fisher, L, Gudnuinudsdottir, M: Cathcrin, Setal (2004). **Resolving disease management problems in European-American and Lation couples with type 2 diabetes: the effect of ethnieity and patient gender**, family process, Vol (39), No (4) pp. 403-416.

64- Davison, J & Ncale, J (2001). **Abnormal psychology** .-New York. Wiley. 6th Ed .